



ASSOCIATION DES  
**INFIRMIÈRES ET**  
**INFIRMIERS**  
DU CANADA

# **Loi modifiant la *Loi* *réglementant certaines* *drogues et autres substances* afin de permettre des exemptions pour les services d'injection sous surveillance**

**Mémoire présenté au Parlement**

Novembre 2013

L'AIRC a produit ce document en cherchant à s'acquitter de sa mission, à réaliser sa vision et à atteindre ses buts.

L'information présentée dans ce document ne reflète pas nécessairement l'opinion du conseil d'administration de l'AIRC.

Tous droits réservés. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, stockée dans un système d'extraction de données ou retranscrite sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit (procédé électronique ou mécanique, photocopie, enregistrement ou autre) sans l'autorisation écrite de l'éditeur.

© Association des infirmières et infirmiers du Canada  
50, Driveway  
Ottawa ON K2P 1E2  
Tél. : 613-237-2133 or 1-800-361-8404  
Télec. : 613-237-3520  
[cna-aiic.ca](http://cna-aiic.ca)

## Enjeu

En réponse à la décision rendue en 2011 par la Cour suprême du Canada (CSC) qui oblige le gouvernement fédéral à permettre l'accès à des services d'injection sous surveillance, le gouvernement a présenté le projet de loi C-65 (maintenant projet de loi C-2), *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDS). Intitulé *Loi sur le respect des collectivités*, le projet de loi proposé établit les critères d'exemptions à l'article 56 de la LRCDS lorsqu'elle s'applique afin d'offrir des services d'injection sous surveillance (où les utilisateurs apportent leurs substances contrôlées obtenues au préalable) « [si on] estime que des raisons médicales, scientifiques ou d'intérêt public le justifient ».

Il existe deux approches principales de la réduction des méfaits causés par des substances illicites : 1) la première approche utilise la prohibition et l'application de la loi pour criminaliser la possession et l'usage de drogues; 2) la deuxième approche, du domaine de la santé publique, vise à dispenser des services de santé afin de réduire les conséquences négatives de l'usage de drogues sur la santé et le bien-être. Un examen des politiques internationales, nationales, provinciales et municipales met en lumière des tensions entre l'approche de santé publique et celle qui repose sur l'interdiction de l'usage de substances illicites. Les politiques provinciales et internationales sont de plus en plus axées sur la réduction des méfaits, tandis que les politiques fédérales canadiennes continuent d'adopter une approche axée sur l'application de la loi – en dépit du manque de données démontrant l'efficacité de cette approche. Ces tensions engendrent deux courants contraires au sein des politiques et les infirmières et les infirmiers se retrouvent pris entre les données probantes, l'éthique et les politiques.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) est d'avis que des politiques publiques saines doivent reposer sur des données probantes et être à l'écoute des besoins du public, en particulier des personnes les plus vulnérables. Nous sommes d'avis que le projet de loi C-2 ne répond pas efficacement à ces critères de trois manières. Tout d'abord, l'approche prohibitionniste (et morale) contenue dans la mesure législative ne concorde pas avec la décision de la CSC, qui met l'accent sur l'importance de veiller à ce que les utilisateurs de drogues injectables aient accès à des services de santé efficaces. Deuxièmement, il y a suffisamment de données empiriques qui appuient les avantages pour la santé et la sécurité publiques offerts par les stratégies de réduction des méfaits, ainsi que les avantages connexes liés à au systèmes de santé, social et correctionnel. Troisièmement, la mesure législative soulève des préoccupations d'ordre éthique parce qu'elle risque de marginaliser encore davantage une population déjà vulnérable.

Les effets négatifs sur la santé publique et la société de l'utilisation de drogues injectables dans les collectivités canadiennes renforcent le besoin d'interventions stratégiques fondées sur des données probantes face à cette grande question. Les éléments probants sur l'usage de drogues illicites montrent clairement qu'une stratégie de réduction des effets néfastes qui favorise la sécurité des services de santé et l'accès à ces services tout en prévenant les décès et l'invalidité constitue l'intervention la plus efficace au cours de périodes d'usage de drogues ou de réduction de l'usage. La réduction des méfaits établit un lien entre les usagers de drogues et les services de santé et de soutien qui réduisent en définitive les risques pour la santé associés à l'usage de drogues illicites et peut être la première étape afin de faire participer les personnes à leur traitement.

L'AIIC est d'avis que le gouvernement devrait retirer cette mesure législative et élaborer un nouveau projet de loi qui :

- améliorera l'accès aux services de prévention et de traitement;
- reposera sur le principe clé de la réduction des méfaits;
- sera élaboré en consultation avec les parties intéressées, y compris les usagers de drogues injectables, les experts de la santé publique, les prestataires de soins de santé et les collectivités.

## Contexte

### Qu'est-ce que la réduction des méfaits?

La « Réduction des méfaits concerne les lois, les programmes et les pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences néfastes tant au niveau de la santé qu'au niveau socio-économique, sans nécessairement diminuer la consommation de drogues. La réduction des méfaits bénéficie aux personnes qui consomment des drogues, à leurs familles ainsi qu'à la communauté (p. 1)<sup>1</sup> ». Cette approche pragmatique de la santé publique qui vise à réduire les conséquences négatives de comportements risqués est courante dans le cas de substances légales (p. ex. l'alcool, les directives sur la consommation sécuritaire d'alcool, la restriction des ventes aux mineurs) et illégales.

La réduction des méfaits vise avant tout à promouvoir la sécurité et à prévenir les décès et l'invalidité des personnes aux prises avec des troubles de toxicomanie, sans ajouter de conditions comme les obliger à cesser d'utiliser les substances en cause. « La réduction des méfaits met l'accent sur l'importance de traiter tout le monde avec respect, dignité et compassion, que la personne fasse ou non usage de drogues. Cela est particulièrement pertinent étant donné la stigmatisation associée aux drogues illicites et les jugements sociétaux dont sont trop souvent l'objet les usagers de drogues illicites » (p. 15)<sup>2</sup>.

Les usagers de drogues ont souvent des problèmes de santé physique et mentale. Beaucoup n'ont pas de logement permanent, n'ont pas accès à des services de traitement et sont marginalisés dans la société<sup>3</sup>. Les femmes, les jeunes et les Autochtones sont très vulnérables aux méfaits causés par l'usage de drogues, y compris l'infection par le VIH et la violence<sup>4</sup>. Les personnes qui font un usage problématique de substances ou qui sont aux prises avec une toxicomanie affichent souvent des taux plus élevés de traumatismes comme la violence physique ou sexuelle (au cours de l'enfance ou de l'âge adulte) et l'on a signalé des taux plus élevés de consommation de drogues chez les femmes victimes de violence familiale<sup>5</sup>. On a observé des taux plus élevés de consommation de substances dans les quartiers pauvres, mais le lien entre la consommation de substances et la pauvreté ou l'itinérance est complexe. Par exemple, même si l'usage de drogues peut précéder l'itinérance, des chercheurs ont constaté qu'elle la suit parce que des personnes commencent à faire usage de drogues pour faire face à des conditions de vie défavorables et au stress<sup>6</sup>. L'usage de drogues peut être compris comme une réaction d'adaptation et la toxicomanie, comme un moyen de s'adapter à des situations désespérées<sup>7</sup>.

Il y a suffisamment de données empiriques qui appuient la réduction des méfaits sur le plan des avantages pour la santé et la sécurité publiques, comme le font les organismes tels que l'Office des Nations Unies

---

<sup>1</sup> (International Harm Reduction Association, 2010)

<sup>2</sup> (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIIC], 2011)

<sup>3</sup> (Fischer et coll., 2005)

<sup>4</sup> (Santé Canada, 2008; McInnes et coll., 2009; Wood, et coll., 2008)

<sup>5</sup> (Liebschutz et coll., 2002)

<sup>6</sup> (Johnson et Fendrich, 2007)

<sup>7</sup> (Alexander, 1990; Maté, 2008)

contre la drogue et le crime, ONUSIDA et l'Organisation mondiale de la Santé<sup>8</sup>. Cependant, selon le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, « Simple et claire au départ, la notion de réduction des méfaits s'est depuis transformée en un concept émotionnel qui polarise des groupes ayant un but commun, entrave le dialogue avec les populations à risque et gêne la prestation de divers services et soutiens liés à la toxicomanie » (p. 2)<sup>9</sup>.

Les services d'injection sous surveillance, connus également comme des centres de consommation sous surveillance, sont « des installations légales d'injection sous surveillance médicale où des utilisateurs de drogues prises par voie intraveineuse peuvent s'injecter des drogues obtenues au préalable dans un climat plus protégé, hygiénique et moins stressant que la plupart des autres milieux privés et publics » (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2005, p. 1)

Ces services visent à « déterminer et aborder les problèmes des populations d'utilisateurs de drogue précises à risque élevé, notamment les personnes qui s'injectent des drogues et celles qui consomment en public. Ces groupes ont des besoins importants en soins de santé qui sont souvent négligés par d'autres services et qui posent des problèmes pour les collectivités locales qui ne sont pas réglés par d'autres interventions de la part des services de traitement des toxicomanies et des services sociaux ou par l'application de la loi » (Hedrich, 2004, p. 8).

## **Qu'est-ce qu'on entend par services d'injection sous surveillance?**

Les services d'injection sous surveillance (SIS) constituent un élément stratégique important de la réduction des méfaits. Ces services permettent aux intéressés de s'injecter en toute sécurité des drogues obtenues au préalable en utilisant du matériel stérile sous la surveillance d'infirmières et infirmiers autorisés, au Canada.

Les professionnels de la santé qui travaillent avec des personnes aux prises avec une dépendance savent que le traitement est difficile et que les taux de succès sont très bas à court terme. Les usagers font souvent une rechute avant de devenir abstinents, alors que d'autres sans être abstinents réduiront leur usage de drogues. En raison de la nature des troubles de toxicomanie, beaucoup d'usagers se tournent vers les services traditionnels de soins de santé seulement lorsque leur état est grave. Lorsqu'ils le font, c'est en se présentant à l'urgence ou en étant hospitalisés, mais leur traitement est souvent interrompu de manière précoce.

Les services de santé qui utilisent une approche de réduction des méfaits sont axés sur le client, ont un « seuil faible » (ont peu d'exigences relatives à l'admissibilité) et offrent un environnement de soutien objectif. Ils cherchent à réduire le plus possible les conséquences de l'usage de drogues. Les SIS n'offrent pas seulement un endroit sécuritaire où s'injecter des drogues avec du matériel stérile, de l'éducation et de la supervision pour prévenir les complications et les décès : ils sont liés de près aux services de consultation et de traitement des toxicomanies, de logement ainsi que d'autres services de santé et sociaux.

---

<sup>8</sup> (OMS, ONUDC et ONUSIDA, 2009)

<sup>9</sup> (Bierness, Jesseman, Notarandrea et Perron, 2008)

Les infirmières et les fournisseurs de soins travaillant dans les SIS peuvent établir des relations de confiance avec les usagers en partie parce qu'ils reconnaissent qu'un traitement fructueux consiste notamment à détecter les difficultés que présente la communication avec les groupes marginalisés qui ont des problèmes complexes de santé physique et mentale. Ces groupes sont le plus à risque de surdose et d'infections transmissibles par le sang.

Il est démontré que les services d'injection sous surveillance, qui ont été largement étudiés, offrent un certain nombre d'avantages (résumé à la page 4). Insite, par exemple, a prévenu 12 décès par surdose en moyenne chaque année, et les surdoses mortelles dans les 500 mètres de l'établissement ont diminué de 35 %<sup>10</sup>.

### **Avantages des services d'injection sous surveillance, selon la recherche :**

- Réduction du nombre de surdoses mortelles et non mortelles;
- Réduction de la transmission de virus à transmission hématogène (VIH, VHC);
- Réduction des comportements qui risquent de transmettre des virus à transmission hématogène;
- Augmentation de l'accès aux services sociaux et aux services de santé pour les populations difficiles à atteindre au moyen de liens avec des professionnels de la santé;
- Réduction du désordre public, y compris les aiguilles jetées de manière inadéquate, les injections et le trafic de stupéfiants dans les lieux publics;
- Utilisation accrue des services de désintoxication et de toxicomanie;
- Économie de coûts pour le système de soins de santé;
- Ne contribue pas à l'augmentation du crime dans la zone de service.

(AICC, 2011, p. 3)

---

<sup>10</sup> (Marshall et coll., 2011; Milloy, 2008)

La recherche révèle que les SIS peuvent faciliter le recours aux services de traitement des toxicomanies et promouvoir l'arrêt de l'usage des drogues. L'ouverture d'Insite est associée à une augmentation de 30 % de l'utilisation du service de désintoxication et des taux d'accès au traitement des toxicomanies à long terme<sup>11</sup>. En tant qu'élément d'une stratégie antidrogue complète comprenant la prévention, le traitement et l'application des lois, les services de réduction des méfaits sont essentiels à la question des toxicomanies.

Dans l'ensemble, les services d'injection sous surveillance sont efficaces lorsqu'ils font partie d'un continuum de traitement des toxicomanies, dans le cadre d'un éventail de services et de soutien auprès des toxicomanes. Le diagramme présenté ci-dessous (Continuum de services et de soutien pour les toxicomanes) se fonde sur l'expérience menée en Suisse, qui a connu dans les années 1980 des taux élevés de décès par VIH et surdoses ainsi que des questions de sécurité publique comme l'utilisation avouée de drogues. Étant donné que seuls des services de traitement à seuil élevé étaient offerts (p. ex. lorsque l'abstinence et d'autres exigences d'entrée créaient des obstacles à l'accès), des milliers des personnes n'avaient pas accès aux services qui traitaient l'usage de drogues et ses conséquences (les systèmes de soins de santé et les services sociaux traditionnels ne pouvaient se charger efficacement de ces enjeux).

Quand les services de traitement à seuil faible et moyen, selon les principes de réduction des méfaits, s'ajoutaient au système, bien plus de personnes avaient un accès immédiat aux services de santé, sociaux et à d'autres services. De tels services étaient fournis par des professionnels qui comprennent les toxicomanies et étaient en mesure d'établir des relations qui ont mené à plus de stabilité, plus de logements, une nouvelle connexion avec les familles et bien d'autres changements positifs. La présence d'Insite et d'autres services de santé et services sociaux dans l'est du centre-ville de Vancouver est un exemple de ce modèle, qui bénéficie de l'appui du groupe d'entreprises locales, de la police et d'autres organisations<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> (DeBeck et coll., 2011; Vancouver Coastal Health, 2013; Wood, Tyndall, Zhang, Monanter et Kerr, 2007)

<sup>12</sup> (Coalition canadienne des politiques sur les drogues, 2013; Kendall, 2011)

## Continuum de services et de soutien pour les toxicomanes



Source : Coalition canadienne des politiques sur les drogues. (2013). *Se rendre au lendemain : un rapport sur les politiques canadiennes sur les drogues*. Tiré de <http://drugpolicy.ca/fr/progresser/se-rendre-au-lendemain/>



## Préoccupations soulevées par le projet de loi C-2

### 1. Le projet de loi C-2 ne met pas l'accent sur l'accès aux services de santé

La décision rendue par la Cour suprême du Canada (CSC) en 2011 dans l'affaire *Insite* a abouti au résultat suivant : les exemptions en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDAS) pour les SIS devraient en général être accordées lorsque les éléments de preuve démontrent qu'un site a des chances de réduire la mortalité et la morbidité sans que cela n'ait un effet négatif sur la santé publique. Dans sa décision, la Cour a affirmé que :

Lorsqu'il examinera les demandes d'exemption futures, le ministre devra exercer sa discrétion conformément aux limites imposées par la loi et par la *Charte*, en tentant d'établir un juste équilibre entre les objectifs de santé et de sécurité publiques. Suivant la *Charte*, le ministre doit se demander si le refus d'une exemption porterait atteinte aux droits à la vie et à la sécurité des personnes autrement qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale<sup>13</sup>.

Les critères énoncés dans le projet de loi C-2 ne visent pas, selon nous, à établir un tel « juste équilibre ». Ils mettent l'accent sur la perception de la sécurité publique plutôt que sur la santé publique. Dans le passé, de telles stratégies de « lutte contre le crime » n'ont fait qu'alourdir les problèmes associés à l'usage de drogues, comme l'a démontré, par exemple, le risque accru de transmission du VIH associé à l'incarcération<sup>14</sup>.

La directive précise donnée par la CSC afin d'accorder ou de refuser l'exemption pour les services d'injection sous surveillance, compte tenu des éléments de preuve, se limite aux cinq critères suivants :

1. l'effet d'un tel établissement sur le taux de criminalité;
2. le contexte local qui indique le besoin d'un tel site d'injection supervisé;
3. la structure de réglementation en vigueur pour appuyer l'établissement;
4. les ressources disponibles pour en appuyer le maintien;
5. les manifestations d'appui ou d'opposition de la collectivité<sup>15</sup>.

La CSC précise en outre dans sa décision qu'il faut évaluer ces cinq conditions préalables d'une façon particulière, soit en respectant les droits que la charte accorde aux personnes qui ont besoin d'avoir accès aux établissements et aux services de santé qui réduisent le risque de mourir d'une surdose et de propager des infections transmissibles par le sang.

Compte tenu de l'orientation établie par la CSC, l'AIC est préoccupée par le fait que le projet de loi C-2 propose maintenant 26 critères auxquels il faut satisfaire pour obtenir une exemption à l'article 56. Ces nouveaux critères mettent un accent excessif sur le cinquième critère : « les manifestations d'appui ou d'opposition de la collectivité ». Le projet de loi rend ainsi l'accès aux services de santé nécessaires

---

<sup>13</sup> (Canada c. PHS Community Services Society, 2011)

<sup>14</sup> (Small, Wood, Jurgens et Kerr, 2005; Werb et coll., 2008)

<sup>15</sup> (Canada c. PHS Community Services Society, 2011)

tributaire des sentiments et des perceptions plutôt que de données probantes empiriques fiables (telles que présentées dans la section précédente).

Même s'il importe de consulter la collectivité, on ne sait pas trop comment les décisions se prendront. L'opposition aux sites d'injection supervisés repose en grande partie sur des hypothèses non fondées au sujet des toxicomanies, du traitement de celles-ci et des interventions en santé publique. Une telle opposition doit s'appuyer sur des données probantes solides et rigoureuses, soit sur des études de cohorte prospectives par observation ou des essais contrôlés randomisés. Le projet de loi proposé risque aussi d'opposer la volonté de la population générale à celles des usagers de drogues, des professionnels de la santé et des professionnels formés en toxicomanie.

Après étude des effets des sites d'injection supervisés sur la sécurité publique, des chercheurs du Canada, de l'Australie et de certains pays européens ont constaté une diminution de l'usage public de drogues et de l'équipement pour l'usage de drogue jeté de manière inadéquate, mais aucune augmentation des crimes liés à l'usage de drogues, de la violence ou des crimes contre les biens<sup>16</sup>. La majorité des résidents, fournisseurs de services, entrepreneurs et la police à l'échelle locale n'ont pas remarqué une telle augmentation et rien ne prouve que les SIS contribueraient à élever les taux d'usage de drogues au sein de la collectivité. Les études révèlent que les personnes qui s'injectent des drogues ne se déplaceront que sur de courtes distances afin de recourir aux services de santé, c'est pourquoi les sites doivent se situer où l'usage de drogues pose déjà un problème<sup>17</sup>. Les critères onéreux prévus au projet de loi C-2 empêcheraient en réalité l'établissement de SIS et priveraient ainsi des personnes de services de santé vitaux.

---

<sup>16</sup> (Santé Canada, 2008; Petrar et coll., 2007; Wood et coll., 2004; Wood, Tyndall, Lai et coll., 2006)

<sup>17</sup> (Santé Canada, 2008)

## **2. Le projet de loi C-2 ne reconnaît pas les données probantes sur la rentabilité des services d'injection sous surveillance**

En plus de réduire la souffrance humaine, les éléments probants relatifs aux avantages qu'offrent les SIS sur le plan de la réduction des coûts montrent qu'ils sont prudents sur le plan économique pour le système de santé du Canada<sup>18</sup>. Ils réduisent les coûts superflus des soins de santé en prévenant à la fois la transmission de maladies et d'infections qui peuvent entraîner des urgences (appels d'urgence et hospitalisations) et des problèmes chroniques coûteux comme l'infection au VIH et l'hépatite C. On estime que 70 % des nouvelles infections à l'hépatite C au Canada sont attribuables à l'usage de drogues injectables et au partage des aiguilles<sup>19</sup>.

On estime que le traitement d'une personne infectée par le VIH entraîne de 200 000 \$ à 300 000 \$ en soins de santé directs durant toute sa vie<sup>20</sup>. La recherche sur les coûts et les avantages d'Insite révèle que le service a évité 35 nouveaux cas d'infection par le VIH et trois décès par année en moyenne, ce qui représente six millions de dollars de dépenses évitées par année. On calcule qu'avec un coût de fonctionnement annuel de trois millions de dollars, la prévention de la transmission du VIH par Insite évite à elle seule des dépenses de plus de cinq millions de dollars par année à la population canadienne et permet des économies totales de 17,6 millions de dollars en soins de santé<sup>21</sup>.

Les admissions hospitalières sont également plus élevées lorsque les services d'injection sous surveillance ne sont pas utilisés. Une étude menée sur les SIS à Frankfurt, en Allemagne, a révélé que les admissions étaient dix fois plus fréquentes dans le cas de surdoses se produisant dans la rue par rapport à celles survenant dans un SIS, où l'intervention immédiate est plus simple et efficace<sup>22</sup>.

Outre la réduction des coûts des soins de santé, les SIS offrent aussi des avantages sur le plan de la réduction des coûts dans les systèmes social et correctionnel du Canada.

## **3. Le projet de loi C-2 présente des préoccupations éthiques**

Les SIS constituent une intervention en santé publique qui a fait ses preuves dans la lutte contre la toxicomanie et l'utilisation de drogues injectables. Insite et d'autres SIS en Europe et en Australie ont été évalués en détail, et de nombreuses publications ont été acceptées dans des revues respectées et examinées par des pairs. Les SIS sont en fait l'une des interventions en santé publique qui a été le plus étudiée<sup>23</sup>. Santé Canada a aussi confirmé les avantages des SIS après avoir demandé un examen de la recherche par un Comité consultatif d'experts en 2008<sup>24</sup>. Le refus de fournir de tels services fondés sur des

---

<sup>18</sup> (Andresen et Boyd, 2010; Santé Canada, 2008; Toronto Drug Strategy, 2013)

<sup>19</sup> (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies [CCLT], 2011)

<sup>20</sup> (Bayoumi et coll., 2012)

<sup>21</sup> (Andresen et Boyd, 2010; Bayoumi et Zaric, 2008)

<sup>22</sup> (Kimber, Dolan et Wodak, 2005)

<sup>23</sup> (CCLT, 2013; Schatz et Nougier, 2012; Toronto Drug Strategy, 2013; Wood, Tyndall, Montaner et Kerr, 2006)

<sup>24</sup> (Santé Canada, 2008)

données probantes ne se défend pas sur le plan de l'éthique, étant donné les avantages démontrés pour la santé et la sécurité publiques.

L'accès aux services de santé constitue un droit de la personne important comme l'a indiqué la Cour suprême du Canada. Par sa décision concernant *Insite*, la Cour suprême du Canada affirme que, en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés*, le gouvernement doit se demander si « le refus d'une exemption porterait atteinte au droit à la vie et à la sécurité des personnes autrement qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale »<sup>25</sup>. Le refus d'une exemption pour les SIS pourrait en outre violer les obligations du Canada sur le plan des droits de la personne dans le contexte du Programme international des droits de la personne. Il se peut que les gouvernements provinciaux et territoriaux soient aussi « tenus responsables de négligence ou de manquement à leurs obligations constitutionnelles » qui consistent à donner accès à des services de santé et des services sociaux essentiels (p. iii)<sup>26</sup>.

Les normes professionnelles et éthiques en soins infirmiers sont harmonisées avec les principes de la réduction des méfaits, puisque « les infirmières et les infirmiers doivent utiliser les meilleures données disponibles dans leur pratique » (p. 3)<sup>27</sup>. Établir une relation thérapeutique entre l'infirmière et le client, évaluer et gérer les besoins en soins de santé, éducation sur la santé, prévention des maladies et promotion de la santé résident dans le champ d'exercice des infirmières et infirmiers autorisés. Selon le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* de l'AIC, « dans la mesure du possible, les infirmières fournissent aux personnes prises en charge les renseignements dont elles ont besoin pour prendre des décisions éclairées concernant leur santé et leur bien-être » (p. 11)<sup>28</sup>. Dans un SIS, les infirmières peuvent aussi offrir des services adéquats de soins primaires comme le traitement des plaies et les immunisations, ainsi que les services de prévention des surdoses, de consultation et d'aiguillage vers les services sociaux et les services de santé. Les SIS offrent le contexte nécessaire pour établir une relation thérapeutique avec des populations difficiles à atteindre, la première étape afin de faire participer les personnes à leur traitement à long terme<sup>29</sup>. En définitive, le projet de loi C-2 n'appuie pas la pratique des soins infirmiers, car les infirmières et infirmiers se retrouvent pris entre les meilleurs éléments probants en santé publique d'un côté ainsi que l'approche canadienne limitée en matière d'usage de drogues illicites et les toxicomanies de l'autre.

Le processus d'application proposé dans le projet de loi C-2 soulève aussi plusieurs préoccupations d'ordre éthique, y compris le risque de marginaliser encore davantage les groupes vulnérables en confrontant la population générale aux usagers de drogues. Lorsque les consultations publiques ne sont pas menées comme il se doit, les voix dissidentes basées sur une idéologie ou le syndrome « pas dans ma cour » pourraient empêcher de faire entendre les éléments probants appropriés. Il ne semble pas nécessaire de risquer d'amplifier la marginalisation et la dissension, en particulier lorsque nous voyons les milieux d'affaires locaux appuyer *Insite* et des SIS dans d'autres pays à cause d'améliorations de la sécurité publique.

---

<sup>25</sup> (Canada c. PHS Community Services Society, 2011)

<sup>26</sup> (Elliott, Malkin et Gold, 2002)

<sup>27</sup> (AIC, 2011)

<sup>28</sup> (AIC, 2008)

<sup>29</sup> (Lightfoot et coll., 2009)

De plus, outre la question essentielle de savoir si l'on appliquera des normes factuelles de grande qualité à l'étude des demandes, la possibilité d'étudier à l'excès des groupes vulnérables (puisque la période d'exemption est d'un an seulement) soulève des préoccupations d'ordre éthique. Il est contraire à l'éthique d'effectuer des essais contrôlés randomisés sur des groupes à l'étude lorsque l'avantage d'un service de santé est déjà démontré. De plus, pendant ces essais, certaines personnes n'auraient pas accès à des services de santé efficaces

## Recommandations

Le gouvernement fédéral a la chance de créer une politique fondée sur les meilleures données scientifiques tout en réduisant les coûts pour les contribuables, en aidant les membres les plus vulnérables de la société, en fournissant des services essentiels de prévention des maladies et en encourageant l'accès à des services de traitement des toxicomanies.

Étant donné les nombreux avantages qu'offrent les SIS pour la santé et la sécurité publiques, l'AIC recommande :

1. que la mesure législative proposée régissant les modifications de l'article 56 de la LRCRAS soit retirée;
2. qu'elle soit remplacée par une mesure qui crée des conditions favorables permettant au ministre d'accorder des exemptions dans des collectivités où les éléments probants indiquent qu'un SIS pourrait réduire la mortalité et la maladie.

Cette mesure législative doit :

- reconnaître l'accès aux services de santé comme un droit de la personne pour les groupes vulnérables;
- reposer sur les principes de la réduction des méfaits;
- reposer sur des pratiques exemplaires factuelles en santé publique;
- être élaborée en consultation avec les parties intéressées pertinentes, y compris les usagers de drogues injectables;
- tenir compte des avantages qu'offrent les réductions des coûts des SIS dans le système de soins de santé canadien;
- prévoir des périodes raisonnables d'établissement et d'évaluation avant le renouvellement.

L'AIC recommande en outre de rétablir la réduction des méfaits comme quatrième pilier de la Stratégie nationale antidrogue du Canada. L'AIC recommande que le vérificateur général revoie la Stratégie nationale antidrogue du Canada aux 10 ans. Cet examen national fera plus qu'assurer que la stratégie sera modifiée si elle n'atteint pas les objectifs en matière de santé publique : il permettra aussi d'intégrer à la stratégie les interventions récentes, efficaces et factuelles en santé publique.

Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir la liste complète des éléments essentiels recommandés par l'AIC pour une législation régissant les services d'injection sous surveillance.

## Références

- Alexander, B. (1990). *Peaceful measures: Canada's way out of the 'war on drugs.'* Toronto: University of Toronto Press.
- Andresen, M. A. et Boyd, N. (2010). A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility, *International Journal on Drug Policy*, 21(1), 70-76.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers. Édition du centenaire 2008.* Tiré de [http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Code\\_of\\_Ethics\\_2008\\_f.pdf](http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Code_of_Ethics_2008_f.pdf)
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2011). *La réduction des méfaits et les drogues actuellement illicites : Implications pour les politiques, la pratique, la formation et la recherche en soins infirmiers.* Tiré de [http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Harm\\_Reduction\\_2011\\_f.pdf](http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Harm_Reduction_2011_f.pdf)
- Bayoumi, A. M. et Zaric, G. (2008). The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *Journal de l'Association médicale canadienne (JAMC)*, 179(11), 1143-1151.
- Bayoumi, A. M., Strike, C., Jairam, J., Watson, T., Enns, E., Kolla, G., . . . Brandeau, M. (2012). *Report of the Toronto and Ottawa supervised consumption assessment study.* Tiré de [http://www.toscastudy.ca/toscastudy.ca/TOSCA\\_Report\\_files/TOSCA%20report-web.pdf](http://www.toscastudy.ca/toscastudy.ca/TOSCA_Report_files/TOSCA%20report-web.pdf)
- Bierness, D. J., Jesseman, R., Notarandrea, R. et Perron, M. (2008). *Réduction des méfaits : un concept qui en dit long.* Tiré du site Web du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies : <http://www.ccsa.ca/2008%20CCSA%20Documents2/ccsa0115312008f.pdf>
- Canada (procureur général) c. PHS Community Services Society, CSC 44, 3 R.C.S. 134. (2011). Tiré de <http://scc-csc.lexum.com/decisia-scc-csc/scc-csc/scc-csc/fr/item/7960/index.do>
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2005). *Supervised injection facilities (SIFs).* Tiré de <http://www.ccsa.ca/2004%20CCSA%20Documents/ccsa-010657-2004.pdf>
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2011) *Exposé général sur l'utilisation de drogues injectables.* Tiré de <http://www.ccsa.ca/fra/topics/populations/idu/pages/injectiondrugusersoverview.aspx>
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2013). *Sites d'injection supervisée : Une bibliographie.* Tiré de [http://www.ccsa.ca/2013%20CCSA%20Documents/CCSA\\_Supervised\\_Injection\\_Sites-A\\_Bibliography\\_2013\\_fr.pdf](http://www.ccsa.ca/2013%20CCSA%20Documents/CCSA_Supervised_Injection_Sites-A_Bibliography_2013_fr.pdf)
- Coalition canadienne des politiques sur les drogues (2013). *Se rendre au lendemain : un rapport sur les politiques canadiennes sur les drogues.* Tiré de <http://drugpolicy.ca/fr/progresser/se-rendre-au-lendemain/>
- DeBeck K., Kerr, T., Bird, L., Zhang, R., Marsh, D., Tyndall, M., . . . Wood, E. (2011). Injection drug use cessation and use of North America's first medically supervised safer injecting facility. *Drug and Alcohol Dependence*, 113(2-3), 172-176. DOI : 10.1016/j.drugalcdep.2010.07.023
- Elliott, R., Malkin, I. et Gold, J. (2002). *Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques.* Tiré de <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=777>
- Fischer, B., Rehm, J., Brissette, S., Brochu, S., Bruneau, J., El-Guebaly, N., . . . Baliunas, D. (2005). Illicit opioid use in Canada: Comparing social, health, and drug use characteristics of untreated users in five cities (OPICAN study). *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 82(2), 250-266.

Hedrich, D. (2004). *European report on drug consumption rooms*. Tiré du site Web European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction : [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_2944\\_EN\\_consumption\\_rooms\\_report.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_2944_EN_consumption_rooms_report.pdf)

International Harm Reduction Association. (2010). *Qu'est-ce que la réduction des risques et méfaits?* [énoncé de position]. Tiré de [http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing\\_What\\_is\\_HR\\_French.pdf](http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_French.pdf)

Johnson, T. P. et Fendrich, M. (2007). Homelessness and drug use: Evidence from a community sample. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(6, Suppl. 1), S211-S218.  
*Journal of Public Health*, 98(3), 515-519.

Kendall, P. R. W. (2011). *Decreasing HIV infections among people who use drugs by injection in British Columbia: Potential explanations and recommendations for further action* (Report from the Office of the Provincial Health Officer). Tiré de <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2011/decreasing-HIV-in-IDU-population.pdf>

Kimber, J., Dolan, K. et Wodak, A. (2005). Survey of drug consumption rooms: Service delivery and perceived public health and amenity impact. *Drug and Alcohol Review*, 24, 21-24.

Liebschutz, J., Savetsky, J. B., Saitz, R., Horton, N. J., Lloyd-Travaglini, C. et Samet, J. H. (2002). The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(2002), 121-128.

Lightfoot, B., Panessa, C., Hayden, S., Thumath, M., Goldstone, I. et Pauly, B. (2009). *Gaining Insite: Harm reduction in nursing practice*. Tiré de [http://drugpolicy.ca/wp-content/uploads/2012/06/Lightfoot-et-al\\_09\\_Gaining-Insite.pdf](http://drugpolicy.ca/wp-content/uploads/2012/06/Lightfoot-et-al_09_Gaining-Insite.pdf)

Marshall B. D. L., Milloy, M.-J., Wood, E., Montaner, J. S. G. et Kerr, T. (2011). Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: A retrospective population-based study. *Lancet*. Publié en ligne le 18 avril 2011. DOI : 10.1016/S0140-6736(10)62353-7.

Maté, G. (2008). *In the realm of hungry ghosts: Close encounters with addiction*. Toronto: Knopf Canada.

McInnes, C. W., Druyts, E., Harvard, S. S., Gilbert, M., Tyndall, M. W., Lima, V. D., . . . Hogg, R. S. (2009). HIV/AIDS in Vancouver, British Columbia: A growing epidemic. *Harm Reduction Journal*, 6(5). doi: 10.1186/1477-7517-6-5.

Milloy, M. S., Kerr, T., Tyndall, M., Montaner, J. et Wood, E. (2008). Estimated drug overdose deaths averted by North America's first medically-supervised safer injection facility. *PLoS One*, 3(10), e3351. DOI : 10.1371/journal.pone.0003351

OMS, ONUDC et ONUSIDA. (2009). *Guide technique pour la définition d'objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida*. Tiré de [http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu\\_target\\_setting\\_guide\\_fr.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide_fr.pdf)

Petrar, S., Kerr, T., Tyndall, M. W., Zhang, R., Montaner, J. S. et Wood, E. (2007). Injection drug users' perceptions regarding use of a medically supervised safer injecting facility. *Addictive Behaviors*, 32(5), 1088-1093.

Santé Canada. (2008). *INSITE de Vancouver et autres sites d'injection supervisés : Observations tirées de la recherche*. Tiré de <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/sites-lieux/insite/index-fra.php>

- Schatz, E. et Nougier, M. (2012) *Drug consumption rooms: evidence and practice*. International Drug Policy Consortium [Brief]. Tiré de <http://aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=2043>
- Small, W., Wood, E., Jurgens, R. et Kerr, T. (2005). Injection drug use, HIV/AIDS and incarceration: Evidence from Vancouver Injection Drug Users study. *HIV/AIDS Policy & Law Review*, 10(3), 1, 5-10.
- Toronto Drug Strategy Supervised Injection Services Working Group. (2013). Supervised Injection Services Toolkit. Tiré de [www.toronto.ca/legdocs/mmis/2013/hl/bgrd/backgroundfile-59914.pdf](http://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2013/hl/bgrd/backgroundfile-59914.pdf)
- Vancouver Coastal Health. (2013). Supervised Injection Site: User Statistics. Tiré de [http://supervisedinjection.vch.ca/research/supporting\\_research/user\\_statistics](http://supervisedinjection.vch.ca/research/supporting_research/user_statistics)
- Werb, D., Kerr, T., Small, W., Li, K., Montaner, J. et Wood, E. (2008). HIV risks associated with incarceration among injection drug users: Implications for prison-based public health strategies. *Journal of Public Health*, 30(2), 126-132.
- Wood, E., Kerr, T., Small, W., Li, K., Marsh, D. C., Montaner, J. S. et Tyndall, M. W. (2004). Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injection facility for illicit injection drug users. *CMAJ*, 171(7), 731-734.
- Wood, E., Montaner, J. S., Li, K., Zhang, R., Barney, L., Strathdee, S. A., . . . Kerr, T. (2008). Burden of HIV infection among aboriginal injection drug users in Vancouver, British Columbia. *American Journal of Public Health*, 98(3), 515-519.
- Wood, E., Tyndall, M. W., Lai, C., Montaner, J. S. et Kerr, T. (2006). Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 1(1), 13.
- Wood, E., Tyndall, M. W., Montaner, J. S. et Kerr, T. (2006). Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injection facility. *JAMC*, 175(11), 1399-1404.
- Wood, E., Tyndall, M. W., Zhang, R., Montaner, J. S. et Kerr, T. (2007). Rates of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction*, 102, 916-919.



## **Annexe A**

### **Éléments essentiels recommandés pour une législation régissant les services d'injection sous surveillance**

La législation doit :

1. reposer sur une stratégie globale de lutte contre la toxicomanie qui comprend quatre thèmes, soit la prévention, le traitement, la réduction des méfaits et l'application;
2. être élaborée en consultation avec les parties intéressées pertinentes de la santé et de la sécurité publiques ainsi que de la collectivité, y compris les usagers de drogues injectables;
3. refléter l'orientation établie par l'observation de la Cour suprême du Canada sur Insite, soit de permettre, en général, les exemptions pour les SIS s'il en découle un avantage pour la santé publique et si elles ont peu ou pas du tout d'effet sur la sécurité publique;
4. exiger que l'appui et l'opposition relatifs aux services d'injection sous surveillance proposés soient justifiés par des données probantes solides sur les effets pour la santé et la sécurité publiques;
5. tenir compte des preuves de réduction des coûts dans les systèmes de santé, de services sociaux et de justice du Canada.
6. permettre aux populations difficiles à atteindre d'avoir accès aux services de santé et aux services sociaux;
7. respecter le champ d'exercice des infirmières, et ne pas le restreindre, en leur fournissant les installations appropriées pour offrir les services de santé essentiels;
8. permettre que les exemptions à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* soient de cinq ans;
9. s'assurer que les SIS sont intégrés aux services existants de soins de santé, lorsque c'est possible, et veiller à l'accès au financement provincial ou territorial accordé à la prestation de soins de santé;
10. exiger un plan d'évaluation complet en vue d'assurer le contrôle de la qualité des services d'injection sous surveillance.