

D *euxième Atelier national sur* **le VIH** **et l'usage de l'alcool** **et des autres drogues**

Actes

Edmonton (Alberta)

6 – 9 février 1994

Coparrainé par :

Santé Canada, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, et l'Alberta Health AIDS Program

Financé par :

L'Unité d'éducation et de prévention en matière de sida de la Stratégie nationale sur le sida et l'Unité de l'alcool et des autres drogues de la Stratégie canadienne antidrogue, de Santé Canada



Les opinions exprimées dans le présent document ne reflètent pas nécessairement celles des coparrains de l'événement.

Deuxième Atelier national sur

le VIH

et l'usage de l'alcool

et des autres drogues

Actes

**Edmonton (Alberta)
6 - 9 février 1994**

Coparrainé par :

Santé Canada, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, et l'Alberta Health AIDS Program

Financé par :

L'Unité d'éducation et de prévention en matière de sida de la Stratégie nationale sur le sida et l'Unité de l'alcool et des autres drogues de la Stratégie canadienne antidrogue, de Santé Canada



Les opinions exprimées dans le présent document ne reflètent pas nécessairement celles des coparrains de l'événement.

Données de catalogage avant publication (Canada)

Atelier national sur le VIH et l'usage de l'alcool et des autres drogues (2e : 1994 : Edmonton, Alb.)

Deuxième atelier national sur le VIH et l'usage de l'alcool et des autres drogues : actes, Edmonton, Alberta, 6-9 février 1994

"Coparrainé par : Santé Canada, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission et l'Alberta Health AIDS Program".

Publ. aussi en anglais sous le titre : Second National Workshop on HIV, Alcohol, and Other Drug Use.

Comprend des références bibliographiques.

ISBN 1-896323-08-1

1. Sida - Canada - Prévention - Congrès.
2. Infections à VIH - Canada - Prévention - Congrès.
3. Toxicomanie - Canada - Prévention - Congrès.
4. Facteurs de risque - Congrès.

I. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. II. Canada. Santé Canada. III. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission. IV. Alberta. Provincial AIDS Program. V. Title.

Table des matières

Avant-propos	4
Comité organisateur	5
Introduction	6
Définitions	9
Communications des principaux conférenciers et des panelistes	10
<i>Les acquis</i>	11
M ^{me} Catherine Hankins	
M. Ted Myers	
M ^{me} Louise Nadeau	
<i>Les interventions</i>	26
M. John Topp	
M ^{me} Hope Hunter	
<i>Les questions à l'étude</i>	33
M. John Turvey	
M. Brian Kearns	
<i>La politique sur les stupéfiants, la justice pénale et l'application des lois</i>	38
M. Eugene Oscapella	
John Lindsay, surintendant	
<i>La prévention, le traitement et les soins : problème</i>	48
M ^{me} Julie Bruneau	
M. Guy Milner	
<i>Le ciblage des populations vulnérables</i>	54
M. Augusto Mathias	
M ^{me} Nancy McPherson	
M. Guy Milner	
M ^{me} Elise Roy	
<i>Les perspectives</i>	68
M. Michael O'Shaughnessy	
M. Stephen Jones	
M. Andrew Bennett	
<i>Principes et recommandations concernant l'infection au VIH et la consommation de drogues par injection</i> (Document)	81
Principales questions et recommandations de l'atelier	101
Pour un plan d'action national	113
Annexes : A <i>Autres recommandations</i>	115
B <i>Présidents des séances de travail</i>	19
C <i>Liste des délégués</i>	120

Avant-propos

Le Premier Atelier national sur le VIH et la consommation de drogues par injection, financé par Santé Canada en collaboration avec l'Association canadienne de santé publique, a eu lieu à Montréal en mars 1990. Plus de cent vingt participants provenant de multiples disciplines et affiliations de tout le Canada ont profité de l'événement pour y échanger de l'information et les expériences acquises auprès des collectivités.

Mais de 1990 à 1993, la nature épidémique du VIH et les stratégies adoptées pour contenir cette épidémie avaient tellement évolué que les responsables de l'Atelier jugèrent opportun d'en tenir un deuxième, cette fois pour mettre les participants au fait des derniers progrès et combler les lacunes relevées. Un comité de planification fut mis sur pied pour coordonner ce deuxième atelier qui devait porter non seulement sur l'usage des drogues par injection mais aussi sur les autres formes de consommation.

Le Deuxième Atelier national sur le VIH et l'usage de l'alcool et des autres drogues a été tenu à Edmonton (Alberta), en février 1994, et a réuni plus de cent trente participants de toutes les régions du Canada. Il a été coparrainé par Santé Canada, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission et l'Alberta Health AIDS Program, et financé par Santé Canada, soit par l'intermédiaire de l'Unité d'éducation et de prévention en matière de sida, dans le cadre de la Stratégie nationale sur le sida, et de l'Unité de l'alcool et des autres drogues, dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue.

L'objectif de l'Atelier, qui fut formulé à l'issue des consultations nationales préparatoires du Comité organisateur, était de contribuer à prévenir l'infection au VIH et ses conséquences par la diffusion des nouvelles connaissances et l'adoption de nouvelles stratégies visant à réduire la transmission du VIH par la consommation d'alcool et d'autres drogues (licites et illicites). L'Atelier devait donc permettre à tous ceux dont le travail traite du VIH et de la consommation d'alcool et des autres drogues d'échanger de l'information, de partager leurs expériences, et de participer à l'élaboration d'une stratégie d'ensemble pour combattre ces problèmes au Canada.

Ont été invités à participer des représentants de nombreuses disciplines de divers secteurs dans tout le pays, notamment de la santé publique, du traitement des toxicomanies, des services communautaires, de la recherche, des différents gouvernements et des organismes non gouvernementaux.

L'Atelier a permis de soutenir une thèse constante dans ce domaine, à savoir que pour parvenir à une véritable réduction des méfaits, il importe de maintenir la mise en commun des compétences et de l'information, de sorte à pouvoir développer les programmes polyvalents nécessaires pour répondre aux besoins des diverses collectivités. Il a aussi permis d'appuyer une seconde thèse, trop souvent oubliée dans des situations aussi sombres que celle du sida et des drogues, à savoir que malgré le sentiment d'impuissance qui nous habite parfois lorsque nous devons lutter seul contre un problème, il nous est possible, si nous joignons nos efforts, d'endiguer la propagation du VIH.

Comité organisateur

M^{me} Diane Riley (*coprésidente*)

Secteur des politiques et de la recherche
Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les
toxicomanies
Toronto (Ontario)

M^{me} Betsy MacKenzie (*coprésidente*)

Unité d'éducation et de prévention en matière de sida
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

M^{me} Donna Sharkey

Unité de l'alcool et des autres drogues
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

M. Rick McHutchion

Alberta Health AIDS Program
Edmonton (Alberta)

M^{me} Carolyn Nutter/M. Brian Kearns

Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission
Edmonton (Alberta)

M^{me} Catherine Hankins

Centre d'études sur le sida
Montréal (Québec)

M^{me} Marianne Kobus-Matthews

Nova Scotia People with AIDS Coalition
Halifax (Nouvelle-Ecosse)

M. Michael O'Shaughnessy

B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS
Vancouver (Colombie-Britannique)

M. John Topp

Régie régionale de la Santé et des Services sociaux
Montréal (Québec)

M. John Turvey

Downtown Eastside Youth Activities Society
Vancouver (Colombie-Britannique)

M^{me} Evelyn Wallace

Ministère de la Santé de l'Ontario
Toronto (Ontario)

M. Ken Ward

Feather of Hope
Edmonton (Alberta)

Le Comité organisateur remercie Andréa Riesch-Toepell et Richard Garlick de leur collaboration à la préparation des Actes, ainsi que les organismes suivants pour avoir subventionné une partie du matériel disposé sur les lieux de l'atelier : Glaxo Canada, Hoffman Laroche, Association des Brasseurs du Canada, Okamoto (don de produits).

Introduction

La consommation de drogues et leur usage par injection peuvent entraîner de nombreux problèmes pour la personne, la collectivité et la société dans son ensemble. Le VIH a considérablement augmenté les méfaits directs associés à la prise de drogues par injection en particulier et les méfaits indirects associés à la consommation des drogues en général. Le VIH et les autres infections étant transmissibles lors du partage des aiguilles, des seringues et d'autre matériel souillés par les toxicomanes, ceux-ci se trouvent directement menacés. Aussi, puisque que la consommation des drogues en général suscite parfois des comportements à risque, notamment la pratique de rapports sexuels non protégés et l'injection non sécuritaire de drogues, la consommation d'alcool et d'autres drogues peuvent constituer une menace indirecte.

La transmission du VIH chez les usagers de drogues a de profondes répercussions. Au Canada, comme dans de nombreux autres pays, sa transmission par les hétérosexuels est en partie imputable aux toxicomanes. La situation est d'autant plus grave si l'on considère que la majorité des toxicomanes qui s'injectent des drogues ont des partenaires sexuels qui eux ne se piquent pas. De plus, les femmes infectées par le VIH à cause de la consommation de drogues ou d'activités sexuelles avec un partenaire qui se pique risquent de donner naissance à des enfants aussi porteurs du virus.

Selon l'expérience de plusieurs pays, dès lors que le virus atteint la population des usagers de drogues, le nombre des personnes infectées peut atteindre des sommets fulgurants si aucune mesure de prévention n'est prise. Les experts du monde entier reconnaissent l'urgence d'intensifier les efforts pour maintenir les taux d'infection en-deçà de 10 p. 100 chez ceux qui s'injectent des stupéfiants si l'on veut éviter que l'épidémie ne devienne explosive comme cela s'est produit dans plusieurs villes à travers le monde. A Edimbourg (Ecosse), la séroprévalence chez les adeptes de l'injection est passée de 5 p. 100 en 1983 à 57 p. 100 en 1985 (Robertson et coll., 1986). A Bangkok (Thaïlande), les taux sont passés de 1 p. 100 en 1987 à 43 p. 100 en 1988 (Berkelman et coll., 1989). Dans les deux cas, la croissance rapide des taux d'infection était surtout due au manque de matériel d'injection propre.

Au Canada, les proportions des consommateurs de drogues par injection qui sont séropositifs varient entre 5 et 6 p. 100 à Vancouver, 6 et 8 p. 100 à Toronto, et 10 et 20 p. 100 à

Montréal. Chez les détenus, les taux semblent refléter ceux observés pour la population générale des toxicomanes qui ont recours à l'injection. Une étude menée auprès des prisons provinciales de la Colombie-Britannique a révélé que 2,1 p. 100 des détenus ayant l'habitude de se piquer étaient séropositifs (Rothon, 1993). Selon une autre étude menée en Ontario cette fois, ce taux s'établissait à 3,8 p. 100 (Calzavara, 1993). Au Québec, les taux observés chez les détenus des prisons provinciales atteignaient 8 p. 100 chez les hommes et 13 p. 100 chez les femmes (Hankins et coll., 1991, 1994).

Il est donc urgent d'empêcher la croissance de la séropositivité chez les toxicomanes, leurs partenaires sexuels et les foetus. L'adoption de mesures préventives à l'intention de ces groupes devrait constituer une priorité dans tout le pays. Malgré tout, il demeure extrêmement difficile d'instaurer des programmes de prévention pour les toxicomanes. Marginalisés par la loi et la société, ces derniers s'avèrent peu faciles à joindre, tant au sens littéral que figuré. Aussi, vu certaines expériences plus ou moins heureuses qu'ils ont vécu avec les autorités, bon nombre d'entre eux ont tendance à se méfier des services mis à leur portée. Pour plusieurs, la nécessité de se prémunir contre le sida est de peu d'importance par rapport à la lutte quotidienne qu'ils doivent mener pour se nourrir, se procurer des stupéfiants, se trouver un abri, et échapper aux abus. Pour atteindre ces individus, les programmes doivent faire preuve d'une grande sensibilité, de neutralité, de polyvalence et d'ingéniosité. Les données concernant le Canada et plusieurs autres pays indiquent que les toxicomanes peuvent et s'efforcent effectivement de se protéger et de protéger les autres contre le VIH. Selon des études effectuées dans les villes dotées de programmes d'échange de seringues et d'autres programmes de réduction des méfaits¹, il est possible de freiner, voire même de stopper, la croissance de la séropositivité chez les toxicomanes ayant recours à l'injection.

Trop souvent toutefois, les mesures préventives en place ne permettent pas de répondre à l'objectif établi, soit de réduire substantiellement, à long terme, la propagation du VIH chez les toxicomanes. Il est important de mobiliser les consommateurs de drogues,

¹ Pour une définition de la «réduction des méfaits» et d'autres termes, se reporter à la partie intitulée *Définitions*.

leurs partenaires et ceux qui travaillent auprès d'eux, afin de les inciter à adopter des mesures de réduction des méfaits, notamment l'utilisation de seringues propres et de condoms. Les comportements à risque résultent souvent de raisons complexes liées aux attitudes, aux pressions et aux obstacles entretenus par la société. Seules la formation, la recherche et la coopération nous permettront de régler convenablement et humainement ce problème complexe et contraignant.

En 1988, l'Organisation mondiale de la santé a désigné les toxicomanes comme groupe cible de mesures préventives contre la propagation du sida. La même année, le Conseil consultatif national sur le sida (CCN-SIDA) établissait un Groupe de travail sur l'infection au VIH et la consommation de drogues par injection, formé de représentants des secteurs du traitement des toxicomanes, de l'épidémiologie, et de la santé publique. Le groupe avait pour mission d'évaluer le taux de séropositivité chez les toxicomanes, de cerner les problèmes, et de présenter des recommandations pour l'élaboration de stratégies nationales afin de freiner la transmission du VIH par la consommation de drogues par injection au Canada.

Vu l'inquiétude devant la propagation du VIH au Canada, au début de 1989, le Groupe de travail a recommandé la tenue d'un atelier national sur le sujet. Cet atelier, qui fut parrainé conjointement par le Centre fédéral sur le sida, Santé et Bien-être social Canada, le CCN-SIDA et le programme d'éducation et d'information sur le sida de l'Association canadienne de santé publique, a permis de réunir pour la première fois au Canada les intervenants du secteur du sida et de la consommation de drogues par injection, afin qu'ils puissent partager de l'information et leurs expériences auprès des collectivités. Plus de cent vingt participants de multiples disciplines et affiliations provenant des diverses régions du pays ont assisté à la rencontre. Un rapport sur les Actes du Premier Atelier est disponible au Centre national de documentation sur le sida de l'Association canadienne de santé publique, à Ottawa.

Le Groupe de travail du CCN-SIDA sur l'infection au VIH et la consommation de drogues par injection a, entre autres réalisations, publié les *Principes et Recommandations concernant l'infection au VIH et la consommation de drogues par injection*. Ce document avait pour but de «stimuler la discussion, remettre en question nos perceptions, et susciter la réflexion sur les politiques et les pratiques des organismes, des ministères, des municipalités,

des hôpitaux, des services correctionnels, et des systèmes d'éducation, susceptibles de contribuer à propager l'infection au VIH, d'affecter la qualité des soins, ou d'être discriminatoires» (1993). Figurant dans les Actes du Premier Atelier, le document a servi de fondement aux discussions et aux recommandations du Deuxième Atelier national. Les participants de ce dernier avaient été invités à lire le document au préalable et à voir comment il pouvait inspirer le développement des stratégies et programmes nécessaires. On les avait encouragé à y apporter les ajouts ou les modifications jugés utiles à la lumière de leurs propres expériences et des récentes tendances. Les recommandations issues de cette démarche figurent dans le présent document.

Dans les années qui ont suivi le Premier Atelier, la nature épidémique du VIH chez les toxicomanes s'est transformée parallèlement à notre compréhension du phénomène. Les efforts de réduction des méfaits étaient certes efficaces, mais il fallait de toute évidence utiliser des approches plus soutenues. Le centre de l'épidémie ne visait plus seulement les toxicomanes par injection, mais aussi les autres consommateurs, dont les consommateurs d'alcool, en raison des risques posés par l'usage des drogues et la pratique de rapports sexuels dangereux. Vu la nécessité de faire le point sur les connaissances acquises et de multiplier les mesures préventives au Canada, il a été décidé, en 1993, de tenir un deuxième atelier national.

Le Deuxième Atelier national sur le VIH et l'usage de l'alcool et des autres drogues s'est tenu à Edmonton (Alberta), en février 1994. Il a été coparrainé par Santé Canada, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission et l'Alberta Health AIDS Program, et avait pour objectif général de contribuer à prévenir l'infection au VIH et ses conséquences, soit en diffusant les dernières données et les nouvelles stratégies pour freiner la transmission du VIH par la consommation de l'alcool et des autres drogues (licites et illicites). Les séances ont porté sur le développement de stratégies préventives efficaces, la création de nouveaux modèles et partenariats pour atteindre les groupes cibles, la prestation des soins et les interventions nécessaires.

Il avait comme objectifs spécifiques :

- 1) de revoir la recherche, ainsi que le développement des politiques et des programmes;

- 2) de rehausser le profil de certains thèmes retenus lors de séances spéciales consacrées, notamment, aux environnements à risque et aux populations cibles;
- 3) de prévoir une entente sur les stratégies efficaces, et d'encourager la création de partenariats en vue de réduire les méfaits.

A l'instar du Premier Atelier, le Deuxième réunissait des participants de multiples disciplines et affiliations, y compris les groupes communautaires, organismes de santé publique, services de traitement, gouvernements, cliniques, et autres organismes de santé non gouvernementaux. Le nombre de représentants par région était fonction de la population de chaque province ou territoire. Toutes les mesures avaient été prises pour s'assurer que les collectivités plus petites et éloignées soient adéquatement représentées, de façon que l'information soit partagée par le plus grand nombre possible d'intéressés dans tout le pays.

Les conférenciers, qui provenaient de nombreux services, disciplines, et groupes communautaires, regroupaient travailleurs de la rue, conseillers, administrateurs, agents de la police, avocats, analystes politiques et professionnels de la santé publique. Grâce à ces experts, les participants ont reçu une information précieuse et appris de nouvelles stratégies pour atteindre les toxicomanes et aider les individus, les familles et les collectivités à freiner le VIH.

Ce deuxième atelier national a de nouveau permis aux intervenants du secteur de partager leurs expériences avec des collègues de tout le pays. Il a par ailleurs grandement contribué à améliorer les méthodes de prévention, en facilitant le partage des données et des compétences nécessaires pour réduire les méfaits de la drogue au Canada. Tous les participants y ont reconnu l'urgence d'agir. Il est essentiel, si nous voulons circonscrire la propagation du VIH, de maintenir et même d'intensifier les interventions préventives visant à freiner les méfaits de la drogue.

Bibliographie

- Berkelman, R. L., W.L. Heyward, J.K. Stehr-Green et J.W. Curran, (1989). Epidemiology of human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. *The American Journal of Medicine*, 86, 761-770.
- Calzavara, L. (1993). Results from an anonymous unlinked HIV seroprevalence study of inmates in Ontario. 7th Annual British Columbia AIDS Conference, octobre.
- Des Jarlais, D. et S. Friedman, (1994). AIDS and the use of injected drugs. *Scientific American*, février, 82-88.
- Hankins, C.A., S. Gendron, M.A. Handley, C. Richard, M.T. Lai Tung et M. O'Shaughnessy, (1994). HIV and women in prison : Assessment of risk factors a non-nominal methodology. *American Journal of public Health*, 84(10), 1637-1640.
- Hankins, C.A., S. Gendron, M.A. Handley, F. Rouah et M. O'Shaughnessy, (1991). Infection au VIH-1 chez des hommes incarcérés - Québec. *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, 17-43, 233-235.
- Rothon, D. (1993). Results from the HIV prevalence study of inmates in B.C. prisons. 7th Annual British Columbia AIDS Conference, octobre.
- Riley, D.M. (1993). The policy and practice of harm reduction. Ottawa, CCLAT. Riley, D.M. (1994). *The Harm Reduction Model*. Ottawa, CCLAT.
- Robertson, J.R., A.B.V. Bucknall, P.D. Welsby et coll. (1986). Epidemic of AIDS-related virus (HTLV-III/LAV) infection among intravenous drug users. *British Medical Journal*, 292, 527-539.

Définitions

Décriminalisation

Régime interdisant le trafic et la possession des drogues mais qui ne prévoit aucune peine criminelle pour la possession (et parfois pour la culture aux fins de consommation personnelle).

Echange des aiguilles

Voir Echange des seringues.

Echange des seringues

Service, fixe ou mobile, où l'on remet aux toxicomanes des aiguilles et des seringues stériles en échange de leurs aiguilles et seringues souillées. Souvent, ces services distribuent aussi des condoms et du matériel éducatif et assurent l'accès à des conseillers qui dirigeront notamment les toxicomanes vers d'autres services, dont de traitement.

Entretien à la méthadone

Programme de distribution de méthadone aux toxicomanes par les cliniques ou les omnipraticiens, tant que leur bien-être l'exige.

Légalisation

Régime autorisant la fabrication, la possession et la distribution de drogues. Il peut s'agir aussi bien de médicalisation (voir ci-après) que de processus de réglementation et de taxation similaires au processus de réglementation de l'alcool.

Lédicalisation

Régime autorisant la distribution de drogues par les médecins, aussi appelé Régime d'ordonnance.

Méthadone

Alcaloïde synthétique de formule chimique cousine de la morphine. Ses effets se rapprochent de ceux des autres opiacés, la principale différence étant que certains effets de la méthadone durent plus longtemps que ceux de la morphine ou de l'héroïne. La législation canadienne autorise la prescription de méthadone aux personnes dépendantes des opiacés, contrairement à l'héroïne et à la morphine.

Prohibition

Régime interdisant la fabrication et dans certains cas, la possession de certaines substances.

Réduction des méfaits

Politique sociale visant essentiellement à réduire les conséquences négatives des drogues et de leur consommation plutôt qu'à éliminer les drogues mêmes et leur usage. Aussi appelée minimisation des méfaits, réduction des risques et minimisation des risques.

Régime d'ordonnance

Programme de réduction des méfaits, permettant aux médecins de prescrire des drogues aux toxicomanes.

Séroconversion

Conversion du sérum sanguin d'une personne de l'état négatif à l'état positif en présence d'un agent pathogène, en l'occurrence le VIH.

Séro-incidence

Nombre des nouveaux cas d'infection au VIH au sein d'une population donnée.

Séropositivité

Etat positif du sérum sanguin d'une personne, causé par un agent pathogène, en l'occurrence le VIH.

Séroprévalence

Taux de séropositivité au sein d'une population donnée.

SIDA (*Syndrome d'immuno-déficience acquise*)

Maladie virale attaquant le système immunitaire humain et laissant la victime vulnérable aux infections et aux cancers. Le sida constitue la manifestation la plus grave de l'infection causée par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH).

«Tolérance zéro»

Politique interdisant tout usage quel qu'il soit d'une substance donnée.

Usage de drogue par injection (UDI)

Tout usage de drogue par injection dans les veines, les muscles ou d'autres parties de l'organisme au moyen d'une seringue ou d'autre matériel.

VIH (*Virus de l'immuno-déficience humaine*)

Virus associé au sida, se trouvant principalement dans le sang, le sperme ou le fluide vaginal de la personne infectée.

Communications des principaux conférenciers et des panelistes

Les communications présentées par les conférenciers des séances plénières et les panelistes paraissent dans les pages suivantes.

Chacune des séances a été habilement présidée par M^{me} Carolyn

Nutter, de l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission

(maintenant à la Fondation de la recherche sur la toxicomanie de

l'Ontario). Les plénières ont touché à de multiples aspects du

thème à l'étude et ont souvent suscité de vives discussions.

L'infection au VIH et l'usage de drogues au Canada

Catherine Hankins

Centre d'études sur le sida

Hôpital général de Montréal

Introduction

Dans le présent survol de l'infection au VIH associée à la consommation des drogues au Canada, nous nous attacherons aux principales initiatives mises de l'avant au pays dans le but de quantifier ce problème. Nous débiterons par une analyse des données tirées du suivi des cas de sida pour examiner ensuite les écarts régionaux, temporels et contextuels de la séroprévalence chez les consommateurs de drogues par injection. Nous enchaînerons avec une discussion sur l'étalon-or en ce qui concerne l'évaluation de l'impact des programmes de prévention, la séro-incidence, et les comportements à risque menant à la séropositivité. Nous comparerons ensuite les données sur les clients et les non-clients des services d'échange de seringues dans une ville donnée, afin de susciter la réflexion sur les réponses potentielles à la question «Qui nos programmes d'échange de seringues rejoignent-ils?». Nous terminerons enfin ce survol par quelques indications susceptibles d'aider les futures recherches ethnographiques et qualitatives à parfaire nos connaissances.

Surveillance

La proportion des consommateurs de drogues par injection chez les adultes sidéens varie d'une région du monde à l'autre, allant de 66 % en Espagne à 37 % pour l'ensemble de l'Europe et à 23 % aux Etats-Unis et 2,5 % au Canada.

Même si, dans l'ensemble, la proportion cumulative des consommateurs de drogues par injection chez les adultes sidéens au Canada s'établit à 2,5 %, le tableau suivant montre que cette proportion a progressé constamment depuis le début de l'épidémie du sida, passant de moins de 1 % avant 1987 à 4,3 % à compter de janvier 1992. Aucune hausse similaire n'est observable en ce qui concerne la catégorie des hommes qui ont eu des rapports sexuels avec d'autres hommes et qui se sont aussi injectés des drogues. En fondant les deux catégories en une seule, les consommateurs de drogues par injection, indépendamment de leur orientation sexuelle, on constate alors que la proportion a doublé, passant de 4 % avant 1987 à 8,1 % après janvier 1992.

Etant donné que l'épidémie chez les consommateurs de drogues par injection au Canada est encore peu développée, nous pouvons nous attendre à ce que leur proportion au sein de la population sidéenne au Canada augmente au cours des prochaines années.

ECARTS GEOGRAPHIQUES				
Proportion des consommateurs de drogues par injection chez les adultes sidéens				
	N^{bre} d'adultes sidéens	% des UDI seulement	% des UDI + les homosexuels et bisexuels	% global des UDI
Europe ¹	93 700	36,8	1,7	38,5
Royaume-Uni ¹	7 583	4,9	1,7	6,6
France ¹	25 008	23,0	1,6	24,6
Espagne ¹	19 270	66,0	2,3	68,3
Etats-Unis ²	249 199	22,9	6,4	29,3
Canada ³	8 553	2,5	3,6	6,1

¹ Données au 30 juin 1993

² Données au 1^{er} juillet 1993

³ Données au 25 octobre 1993

ECARTS TEMPORELS				
Proportion des consommateurs de drogues par injection chez les adultes sidéens du Canada				
	N^{bre} d'adultes sidéens	% des UDI seulement	% des UDI + les homosexuels et bisexuels	% global des IDU
avant 1987	1197	< 1	3,6	4,0
1987-1991	3553	2,3	4,3	6,7
1992 - oct. 1993	2912	4,3	3,7	8,1

Source : Proceedings of the 2nd Annual VIH/AIDS Epidemiologic Research and Surveillance Meeting, 1993.

Séroprévalence du VIH : Ecarts géographiques

Telle la proportion des adultes sidéens chez les consommateurs de drogues par injection, la prévalence du VIH chez ces derniers accuse des écarts considérables à l'échelle mondiale. Comme l'indique le tableau ci-après, les niveaux d'infection au VIH vont d'aussi peu que de 2 à 4 % à Glasgow jusqu'à 50 % à Edimbourg et 69 % à Milan. En Amérique du Nord, où la plupart des villes affichent des taux de prévalence documentés de moins de 5 %, New York et Puerto Rico affichent des taux supérieurs à 50 %.

Au Canada, les écarts régionaux observés au regard de la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues par injection peuvent refléter les différentes périodes auxquelles le virus de l'immuno-déficience humaine a atteint ces

populations dans les différentes villes. Les plus récentes données disponibles paraissent dans le prochain tableau. Elles sont à considérer avec réserve, et ceux qui voudront les citer devraient en confirmer la validité en s'adressant directement à leurs auteurs, indiqués à la droite du tableau. Les taux documentés pour les Prairies, notamment de 1,8 % à Calgary et de 2,3 % à Winnipeg contrastent largement avec ceux enregistrés à Toronto (5,7 %), à Ottawa (8,4 %), et à Montréal (14,9-17,4 %). Les intervalles de confiance à 95 % présentés à côté de chaque taux indiquent la gamme à l'intérieur de laquelle se trouvera vraisemblablement (dans 19 cas sur 20) le taux de prévalence réel. Plus l'échantillon testé est important, plus l'intervalle de confiance est restreint et plus le calcul du taux indiqué à la gauche de l'intervalle de confiance est exact.

ECARTS GEOGRAPHIQUES	
Prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues par injection	
ETATS-UNIS	
New York	35 - 65%
Puerto Rico	45 - 59%
Sud-est	7 - 29%
Détroit	7 - 13%
San Francisco	7 - 13%
ailleurs	<5%
EUROPE	
London	5 - 13%
Glasgow	2 - 4%
Edimbourg	50%
Amsterdam	28 - 34%
Rome	35%
Milan	69%

ECARTS GEOGRAPHIQUES				
Prévalence du VIH chez les usagers de drogues par injection au Canada				
	Année	Taux %	95% I.C.	Source
Montréal	1993	17,4*	12,3 - 24,0	Lamothe
	1993	14,9	10,6 - 20,3	Hankins
Ottawa	1993	8,4	6,3 - 11,0	Baskerville
Toronto	1992	5,7*	3,0 - 10,0	Millson
Winnipeg	1986-90	2,3	0,5 - 6,5	Hammond
Calgary	1991-93	1,8	0,6 - 4,0	Abernathy
Vancouver	1992	4,2	2,3 - 7,5	Rekart

* Consommateurs de drogues par injection non en traitement

Source : Proceedings of the 2nd Annual HIV/AIDS Epidemiologic Research and Surveillance Meeting, 1993.

A Montréal et à Toronto, les taux les plus élevés reviennent aux consommateurs de drogues par injection non en traitement, taux suivis d'un astérisque.

La séroprévalence du VIH : Écarts contextuels

La séroprévalence chez les consommateurs de drogues par injection peut aussi varier selon le contexte. À ce propos, les taux de séroprévalence du VIH révélés par trois études récemment effectuées dans les prisons du Canada s'avèrent analogues à ceux des usagers de ce même genre de consommateurs des collectivités situées à proximité des prisons.

En Colombie-Britannique, on a réalisé une étude auprès de tous les détenus admis dans une prison donnée de la province entre le 1er octobre et le 31 décembre 1992. La participation était facultative et anonyme, mais on avait systématiquement invité tous les détenus à participer. En tout, 31,4 % (854 sur 2 719) des détenus s'étaient déjà injecté des drogues. Les consommateurs de drogues par injection ont été sensiblement plus nombreux que les non-consommateurs à refuser de participer (12,9 % contre 6,8 %). Au total, 2 482 détenus ont fourni un échantillon de salive. Comme le calcul du taux d'infection incluait ceux qui avaient refusé de participer, les taux obtenus sont potentiellement des sous-évaluations, soit de 0,5 % dans le cas des non-usagers des injection et de 2,1 % (95 % IC=1,3-3,3) dans le cas de ceux qui pratiquent l'injection (Rothon, 1993).

En Ontario, on a effectué une étude portant sur tous les nouveaux détenus admis dans les quarante-deux prisons provinciales entre février et mai 1993, pour ce qui est des hommes, et entre février et août 1993, pour ce qui est des femmes. La participation était anonyme et faisait abstraction des spécimens d'urine prélevés d'office au moment de l'admission. De plus, les identificateurs personnels avaient été supprimés avant de procéder au dépistage du VIH. Au total, 12 % n'ont pas participé : 9,5 % faute d'échantillon; 1,2 % par refus formel; 1,4 % sans motif consigné. Des échantillons d'urine ont été obtenus de 12 421 détenus, dont 1 446 consommateurs de drogues par injection. Le taux d'infection relevé chez les 262 femmes de ce dernier groupe s'établissait à 4,2 % (95 % IC=1,8-6,6) contre 3,6 % (95 % IC=2,6-4,7) chez les 1 184 hommes du même groupe (Calzavara, 1993).

Dans une étude menée au Québec de janvier 1990 à janvier 1992, on a invité les détenus de trois établissements qui comptaient 32,7 % des hommes et 83,5 % des femmes incarcérés dans la province. La participation était volontaire et anonyme et à la demande du détenu.

Tel que le démontre le tableau suivant, il existait des différences frappantes entre les hommes et les femmes usagers de drogues par injection, ces dernières étant deux fois plus susceptibles d'être séropositives que les hommes.

	FEMMES		HOMMES	
	UDI	Non-UDI	UDI	Non-UDI
N ^{bre}	249	223	444	527
Taux %	16,5	2,3	7,7	0,2

Source : Hankins, 19 %, document non publié.

Séroprévalence : Écarts temporels

Les programmes d'évaluation des échanges de seringues peuvent fournir de l'information utile sur la prévalence, l'incidence, et les changements de comportements au sein de la population des usagers de drogues par injection. Au centre CACTUS de Montréal, principal centre d'échange de seringues de cette ville, les taux de séroprévalence observés au cours des trois premières années d'exploitation ont sensiblement augmenté, passant de 11,1 % à 16,7 %, pour sembler atteindre un plateau en 1993.

ECARTS CONTEXTUELS : ECHANGE DE SERINGUES				
Prévalence chez les usagers de drogues par infection fréquentant le centre CACTUS de Montréal				
	VIH+	N ^{bre}	Séroprévalence	95 % I.C.
1990	49	442	11,1 %	8,4 - 14,4 %
1991	51	345	14,8 %	11,3 - 19,0 %
1992	45	270	16,7 %	12,4 - 21,7 %
1993	34	227	14,9 %	10,6 - 20,3 %

Nota : Hausse importante de la séroprévalence de 1990 à 1992, $p = 0,003$ tendance chi carré

Source : Hankins et Gendron, 1994.

C'est plutôt la séro-incidence qui semble la plus utile pour cerner la dynamique de l'épidémie causée par le VIH chez les usagers de drogues par injection au Canada. Tel que l'illustre le tableau suivant, l'incidence cumulative peut paraître semblable dans les différentes cohortes et, par conséquent, la meilleure mesure de l'incidence est sa densité, calculée au taux de 100 années-personnes.

LA SERO-INCIDENCE CHEZ LES USAGERS DE DROGUES PAR INJECTION A MONTREAL				
ETUDE	Période	Incidence cumulative		Incidence par 100 a-p*
		N	%	
St. Luc Hospital ¹	1988-1991	653	8,8	6,7
CACTUS ²	1990-1993	185	8,1	11,2

* années-personnes

¹ Source : Lamothe et Bruneau, 1993.

² Source : Hankins et Gendron, 1994.

De 1988 à 1991, le taux d'incidence relevé pour la cohorte de l'Hôpital St-Luc, qui comprend les toxicomanes en traitement et non en traitement, s'établissait à 6,7 par 100 années-personnes (Lamothe, Bruneau, et coll., 1994), alors que de 1990 à 1993, celui des usagers de drogues par injection du centre d'échange de seringues CACTUS de Montréal s'élevait à 11,2 par 100 années-personnes (Hankins, Gendron, et coll., 1994). Cependant, comme nous le verrons un peu plus loin, il est difficile d'extrapoler à l'ensemble de ces usagers d'une ville donnée à partir de l'information obtenue des clients de tels centres.

Comportements à risque de séropositivité

Les principaux facteurs de risque concernant l'infection au VIH chez les usagers de drogues par injection comprennent le partage des seringues, la fréquentation des piqueries, la fréquence des injections, la présence d'un abcès à l'endroit de l'injection, et les risques de nature sexuelle tels la prostitution (surtout masculine), la multiplicité des partenaires sexuels, l'infection antérieure par les MTS, et le refus du condom.

Les nombreuses observations déjà formulées mondialement sur l'épidémiologie du VIH chez les usagers de drogues par injection nous enseignent que, indépendamment des conditions locales, l'apparition du VIH au sein d'une population d'usagers de drogues par injection s'accompagne toujours du risque d'une épidémie fulgurante. Rappelons à ce propos les exemples classiques d'Edimbourg, en Ecosse, où la séroprévalence a grimpé de 5 % à 57 % en 24 mois (Robertson et coll., 1986), et de Bangkok, en Thaïlande, où il est passé de 1 % à 43 % sur la même période (Berkelman et coll., 1989).

Au cours des années 80, de nombreux pays industrialisés ont enregistré une croissance rapide du taux de séropositivité suivie d'une stabilisation. Le taux d'incidence semble avoir plafonné à un peu plus de 10 par 100 années-personnes. On impute généralement cette victoire aux initiatives visant à modifier l'habitude de partager les seringues, mais par contre les mesures visant à décourager les comportements sexuels à risque chez les usagers de drogues par injection ont globalement échoué.

En tant que membre de l'équipe d'évaluation du centre CACTUS de Montréal, on m'a souvent demandé si les taux de séropositivité et de l'incidence de la séropositivité obtenus à la suite de notre initiative révélaient un échec de celle-ci. Il n'est donc apparu souhaitable de mieux préciser le profil de notre population cible. Pour ce faire, nous avons demandé aux détenus consommateurs de drogues par injection qui étaient clients du centre, ainsi qu'aux non-clients, de nous fournir de l'information sur leurs comportements à risque et non à risque. Julie Bruneau et François Lamothe ont pour leur part demandé aux individus dans leur groupe s'ils avaient déjà fréquenté un tel centre. Les tableaux suivants, tirés de ces deux études, illustrent les écarts relevés entre les clients de tels centres et les non-clients. Tel qu'il est indiqué dans le tableau ci-après, les clients du service d'échange de l'Hôpital St-Luc étaient plus âgés, bénéficiaient d'un moins grand soutien social, et étaient plus nombreux à connaître quelqu'un de séropositif. Aucune différence n'a été observée quant à leurs antécédents d'incarcération, de tentatives de suicide ou de partage des seringues.

Principaux écarts entre les clients et les non-clients des programmes d'échange de seringues			
	Clients (n ^{bre} =457)	Non-clients (n ^{bre} =393)	Valeur P
Age	31,7 (s.d. 7,5)	30,8 (s.d. 2,9)	0,008
Incarcération	70 %	69 %	0,9
Tentatives de suicide	42 %	49 %	0,06
Soutien social	69 %	77 %	0,02
Connaissent des séropositifs	50 %	33 %	< 0,001
Partage	90 %	88 %	0,42

Source : Bruneau, 1994, document non publié.

Entre autres écarts observés au regard des clients et des non-clients du programme de St-Luc, soulignons que les clients étaient plus nombreux à avoir fréquenté les piqueries, à avoir partagé des seringues avec une personne séropositive, à avoir eu des rapports homosexuels avec d'autres hommes, à avoir déjà fait de la prostitution, et à continuer de pratiquer la prostitution (masculine). Les pourcentages des clientes et des non-clientes qui se livraient à la prostitution étaient les mêmes.

Principaux écarts entre les clients et les non-clients des programmes d'échange de seringues			
	Clients (n ^{bre} =457)	Non-clients (n ^{bre} =393)	Valeur P
Piqueries	24%	13%	< 0,001
Partage avec séropositif	12%	5%	< 0,001
Homosexuelles et bisexuels	12%	7%	0,05
Déjà fait de la prostitution	28%	19%	0,004
Prostitution (hommes)	22%	11%	< 0,001
Prostitution (femmes)	52%	47%	0,85

Source : Bruneau, 1994, document non publié

Dans une étude réalisée auprès de trois établissements correctionnels, où nous avons demandé aux détenus usagers

de drogues par injection s'ils avaient déjà fréquenté le centre CACTUS, les clients étaient 7,6 fois plus nombreux à avoir tiré un revenu de la prostitution ou de la danse exotique au cours des 12 mois précédents, 7,4 fois plus nombreux à avoir servi au moins un client par mois, 3,4 fois plus nombreux chez les femmes, deux fois plus nombreux à avoir eu une MTS, et deux fois plus nombreux également à s'être injectés de la drogue au moyen d'une seringue souillée qu'ils avaient empruntée d'une personne séropositive. Ce dernier taux était presque le double chez les clients du milieu carcéral comparativement aux clients des études précitées sur les toxicomanes de la rue et en traitement. Ainsi, les clients des programmes d'échange que l'on a interviewés en prison sont plus nombreux à s'être exposés à des personnes séropositives.

Principaux écarts entre les clients et les non-clients du programmes d'échange de seringues CACTUS			
	Clients (n ^{bre} =252)	Non-clients (n ^{bre} =293)	Ratio des risques
Revenu de la prostitution ou de la danse	39,8 %	8,0 %*	7,6
Avait au moins 1 client par mois	52,1 %	12,8 %*	7,4
Femmes	56,9 %	27,7 %	3,4
A eu une MTS	19,0 %	10,7 %**	2,0
Injection avec une seringue souillée d'une personne séropositive	23,7 %	12,6 %**	2,1

* Valeur P < 0,001 ** Valeur P < 0,005

Source : Hankins, Gendron, et coll., 1994, document non publié.

On a par ailleurs constaté que ceux qui ont participé à notre étude avaient aussi modifié considérablement leurs comportements. Au total, 60,3 % avaient utilisé des condoms pour prévenir les MTS, les rendant 6,2 fois plus nombreux que les non-clients du programme à avoir adopté un tel comportement. Au cours des mois précédant leur incarcération, 94,3 % d'entre eux avaient utilisé des seringues stériles, les rendant 5,9 plus nombreux que les non-clients à avoir utilisé du matériel neuf. Ils étaient aussi deux fois plus nombreux que les autres à avoir vu au moins la moitié de leurs amis modifier leurs comportements sexuels et aussi deux fois plus nombreux à avoir déjà passé un test de dépistage du VIH. Etant donné que cette étude a été

réalisée sur des sujets qui ignoraient s'ils étaient séropositifs ou non au moment de leur interview, il est évident que, pour plusieurs d'entre eux, l'adoption de comportements sécuritaires survenait trop tard. L'étude portant sur les détenus a révélé que 19,6 % des clients des programmes d'échange étaient séropositifs contre 7,9 % chez les non-clients.

Principaux écarts entre les clients et les non-clients du programme d'échange de seringues CACTUS			
	Clients (n^{bre}=252)	Non-clients (n^{bre}=293)	Ratio des risques
Utilisent le condom pour prévenir les MTS	60,3 %	19,8 %*	6,2
Utilisent des seringues de source sécuritaire	94,3 %	73,5 %*	5,9
Au moins la moitié des amis ont modifié leurs comportements sexuels	31,2 %	17,1 %	2,2
Ont passé un test de dépistage du VIH	66,9 %	49,1 %	2,1
Séropositifs	19,6 %	7,9 %	2,9

* Valeur P < 0,001

Source : Hankins, Gendron et coll., 1994, document non publié.

Données incitant à la réflexion

Les données de plusieurs études canadiennes nous invitent à réfléchir sur les prisons et leurs populations d'usagers de drogues par injection. Dans une étude réalisée au Québec par Noël et Gagnon, auprès de 230 toxicomanes dont 139 consommaient par injection, 82 % avaient déjà été arrêtés et 75 avaient été incarcérés. Dans une étude menée cette fois par le collectif Millson, à Toronto, 81 % des usagers de drogues par injection qui fréquentaient le centre d'échange de seringues appelé «The Works» avaient déjà été incarcérés. Dans notre étude, effectuée auprès des détenus à Montréal, 81 % des hommes et 21 % des femmes avaient consommé des drogues en prison, dont 10 % par injection. Dans l'ensemble, 6 % des 693 usagers de drogues par injection incarcérés participant à notre étude s'étaient injecté des drogues pendant qu'ils étaient incarcérés (Hankins, Gendron, et coll., 1994). Enfin, gardant à l'esprit les diagnostics multiples dont font souvent l'objet les consommateurs de drogues par infections, une étude réalisée par le collectif Lauzon a révélé que 46 % des 41 premières

femmes admises à un programme de soutien à la méthadone, à Montréal, avaient tenté de se suicider au moins une fois.

Orientations futures de la recherche

L'information quantitative peut nous fournir d'importants paramètres pour suivre l'épidémie du VIH au Canada chez les usagers de drogues par injection. Toutefois, nos connaissances continuent d'accuser certaines lacunes qu'il est impossible de combler par les méthodologies quantitatives. Les approches qualitatives, en particulier les approches ethnographiques, pourraient nous aider à mieux saisir le comportement de ceux qui ont recours aux seringues. En fait, il convient surtout de découvrir le pourquoi d'un tel comportement. Cela suppose de connaître la signification pour eux des pratiques entourant l'achat, la conservation et la mise au rebut, puis l'injection, la réutilisation, l'usage continu, et le partage, et enfin le nettoyage. Il importe de voir dans quelle mesure l'évolution de ces pratiques peut être fonction des drogues injectées et de toute autre drogue d'accompagnement non prise par injection.

Il est par ailleurs essentiel de comprendre certaines caractéristiques micro-contextuelles, notamment l'ethnicité, le sexe, l'endroit et le contexte d'injection, et le réseau interpersonnel des usagers. Parmi les facteurs macro-environnementaux à approfondir, notons la disponibilité des piqueries, des aiguilles et des seringues, les activités policières locales, et les caractéristiques culturelles, sociales et économiques de chaque collectivité où se pratique l'injection de drogues.

Au Canada, la propagation épidémique du VIH chez les usagers de drogues par injection en est encore aux premières phases de sa dynamique. Pour en assurer le suivi et être en mesure de planifier les interventions futures, il faut allier méthodologies quantitatives et qualitatives. Même si de nombreux efforts judicieux de prévention sont en cours, comme nous l'apprendra cette conférence, il nous est interdit de faire relâche.

Bibliographie

- Berkehman, R.L., W.L. Heyward, J.K. Stehr-Green, et J.W. Curran, (1989). Epidemiology of human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. *The American Journal of medicine*, 86, 761-770.
- Calzavara, L. (1993). Results from an anonymous unlinked VIH seroprevalence study of inmates in Ontario. 7th Annual British Columbia AIDS Conference, octobre.
- Hankins, C., S. Gendron, et R. Tran, (1994). Montreal needle exchange attenders versus non-attenders: What's the difference? (PC0464) *Xe Conférence internationale sur le sida*, Yokohama, Japan, août.
- Hankins, C., et S. Gendron, (1994). CACTUS-Montréal : Profil comportemental de la clientèle et prévalence de l'infection par le VIH - 1er avril 1993 au 30 septembre 1993. Rapport déposé à l'Unité des maladies infectieuses de la Direction de la santé publique, Montréal : janvier.
- Hankins, C., S. Gendron, et coll. (1994). Communication personnelle.
- Inventory of HIV seroprevalence studies in Canada. Proceedings of the 2nd Annual HIV/AIDS Epidemiologic Research and Surveillance Meeting. Santé Canada. Ottawa, 23-25 novembre 1993.
- Lamothe, F., J. Bruneau, et coll. (1994). Communication personnelle (sur les documents comparant les clients et les non-clients des centres d'échange).
- Lamothe, F. et J. Bruneau, (1993). Inventory of HIV seroprevalence studies in Canada. Proceedings of the 2nd Annual HIV/AIDS Epidemiologic Research and Surveillance Meeting. Santé Canada. Ottawa, novembre.
- Lauzon et coll. (1994). Communication personnelle.
- Millson et coll. (1993). Inventory of HIV seroprevalence studies in Canada. Proceedings of the 2nd HIV/AIDS Epidemiologic Research and Surveillance Meeting. Santé Canada. Ottawa, 23-25 novembre.
- Noël, L. et H. Gagnon, (1993). Le profil des toxicomanes en milieu urbain et semi-urbain et les comportements à risque pour la transmission du VIH. Rapport déposé au Centre de santé publique de Québec, Québec, 1993.
- Robertson, J.R., A.B.V. Bucknall, RD. Welsby, et coll. (1986). Epidemic of AIDS-related virus (HTLV-III/LAV) infection among intravenous drug users. *British Medical Journal*, 292, 527-539.
- Rothon, D. (1993). Results from the HIV prevalence study of inmates in B.C. prisons. 7th Annual British Columbia AIDS Conference, octobre.

La recherche sur le VIH, les comportements sexuels et l'usage de substances : considérations contextuelles et communautaires

Ted Myers

Department of Health Administration

University of Toronto

Introduction

Nous entendons souvent dire que l'usage de la drogue contribue à la pratique de rapports sexuels dangereux. Aussi, les éducateurs qui s'occupent des questions portant sur le VIH et le sida ont-ils beaucoup de mal à déterminer quel est le meilleur moyen de traiter le problème de la drogue et son lien avec les comportements sexuels à risque ainsi que d'aborder ces questions auprès de populations qui valorisent la socialisation et les sensations que procurent l'alcool et les stupéfiants.

Depuis des temps immémoriaux, chaque fois que la société a dû affronter des problèmes sociaux étroitement liés à des comportements hautement valorisés, tels l'usage de substances et les comportements sexuels, elle s'est retrouvée devant un dilemme. Or, dans la présente communication, nous nous pencherons brièvement sur la façon dont ces problèmes ont été traités dans le passé et nous verrons quelques points saillants d'études précédentes dirigées par l'auteur, qui démontrent l'importance d'approfondir notre compréhension de ce lien sous plusieurs perspectives, notamment celle de l'environnement communautaire.

Réponses sociétales et définitions du problème

Avant l'apparition du sida, la majeure partie des travaux de recherche effectués sur la sexualité et sur l'usage des substances étaient menés séparément (Schuster, 1988). Pourtant, ces deux secteurs de recherche présentent plusieurs éléments communs : 1) la société a toujours entretenu des réactions similaires devant la sexualité et l'usage des substances; 2) les problèmes communs à tous deux peuvent se définir sur le plan contextuel; 3) les solutions peuvent dans les deux cas nécessiter une approche à plusieurs niveaux.

Room (1991) fait remarquer que la consommation d'alcool et d'autres substances constituent un moyen de socialisation depuis fort longtemps, mais que l'attitude de la société face à leur abus et à d'autres problèmes sociaux connexes a néanmoins évolué. L'engagement «communautaire» a sensiblement influencé la définition de ces problèmes. Ainsi, pour contenir le «Gin epidemic» qui a marqué le 18^e siècle, on avait investi la magistrature locale du pouvoir et du contrôle nécessaires pour répondre aux nouveaux problèmes surgissant. Dans les années 1830, le mouvement antialcoolique a fait naître avec lui une nouvelle forme d'action communautaire. Avec la prohibition, les gouvernements supérieurs assumèrent le contrôle. Enfin, par suite d'une certaine confusion qui vint marquer les politiques sociales et économiques, on adopta plus tard une approche préventive mieux structurée et plutôt axée sur les données fournies par l'expérimentation et la recherche.

L'évolution des mesures prises au regard des comportements sexuels et de la sexualité a suivi une courbe analogue. Les efforts tentés en vue de contrôler le comportement sexuel non normatif ont conduit à diverses formes d'isolement, de discrimination et de pénalisation, lesquelles furent perpétuées tant par la loi que par l'action communautaire.

Recherche axée sur la collectivité

En ce qui concerne l'abus des substances, on peut avancer plusieurs arguments appuyant la nécessité de mener une recherche au niveau communautaire qui soit en même temps axée sur l'action. Des arguments analogues peuvent également être évoqués au regard de la sexualité et des comportements sexuels. Hyndman et Giesbrecht (1993) soulignent que la recherche en promotion de la santé menée à un niveau

communautaire est importante pour plusieurs raisons. Premièrement, les comportements sociaux et autres qui menacent la santé et qui posent un problème pour une collectivité donnée présentent parfois plusieurs facteurs de risques communs. Deuxièmement, les problèmes éprouvés au niveau individuel transpercent au niveau collectif. Troisièmement, le comportement social est réglé par les conditions, les normes et les systèmes de soutien de la collectivité.

Pour ce qui est du si da, l'importance d'axer la recherche sur la collectivité est reconnue :

C'est aux efforts conjoints des scientifiques, des universitaires et du personnel des organismes gouvernementaux (de tous les paliers) que l'on doit une bonne partie des meilleures études statistiques et comportementales effectuées en matière de sida, ainsi qu'aux organismes établis dans les collectivités qui ont subi le plus fort de l'épidémie.

De telles collaborations vont rarement sans difficultés; les différences au titre des origines sociales, de l'ethnicité, de la situation économique, ou de l'orientation sexuelle entraînent parfois des mésententes.

(National Research Council, 1989)

La recherche axée sur la collectivité revêt de plus en plus d'importance en raison de l'évolution de la société et des continuelles redéfinitions de la notion de collectivité. Dans la plupart des sociétés occidentales dites «développées», il n'est plus possible de simplement définir la collectivité comme un groupe de gens spécifique habitant une région donnée et appartenant à une même culture. Dans les sociétés modernes, les individus appartiennent à de nombreuses collectivités définies chacune par des facteurs géographiques, professionnels, sociaux ou récréatifs (Nutbeam, 1986). Or, la compréhension du lien existant entre l'usage des substances, la sexualité, les comportements sexuels et l'appartenance à une collectivité constitue un vaste secteur d'étude.

Points saillants de la recherche

Les recherches sur les associations entre l'usage de substances et les comportements sexuels à risque demeurent peu nombreuses.

Cela s'explique sans doute par la complexité et la difficulté de la recherche dans ce domaine. La plupart des études réalisées à ce jour portent essentiellement sur les associations générales existant entre les mesures de l'usage global des substances (p. ex., la quantité ou la fréquence de l'usage) et celles des comportements sexuels à risque (p. ex., la fréquence des rapports non protégés) (Leigh et Stall, 1993). Selon Leigh et Stall, la recherche deviendra plus utile dans la mesure où elle examinera la fréquence de la consommation de l'alcool et des autres drogues en combinaison avec l'activité sexuelle (études des associations contextuelles), ainsi que l'analyse des événements, mettant l'accent sur les événements sexuels individuels. Ces deux éléments revêtent à mon avis une extrême importance, et il est par ailleurs essentiel d'examiner et de saisir l'environnement communautaire dans lequel se produisent l'usage des substances et les divers comportements sexuels.

Usage des substances et comportements à risque

Dans le cas de la cohorte du projet «Parlons de sexe», aucun lien n'a pu être établi entre l'usage et le non-usage d'alcool et les comportements sexuels à risque susceptibles de causer une infection au VIH (voir Tableau 1). Même si l'on a relevé une importante association avec l'usage de la marijuana, du haschich, des poppers et de la cocaïne dans le cas des rapports sexuels avec pénétration, on n'a constaté aucun écart significatif entre le taux d'usage des substances déclaré par ceux qui avaient des rapports anaux protégés et ceux qui avaient de tels rapports, mais non protégés (Myers et coll., 1992).

TABLEAU 1 Fréquence de l'usage de substances le mois précédent par rapport aux risques sexuels courus les trois derniers mois				
	aucune consommation et faible consommation	aucun rapport anal	rapport anal protégé	rapport anal non protégé
Alcool (semaine précédente)	68,9 %	75,4 %	76,8 %	81,3
Marihuana	13,1 %	29,4 %	41,0 %	41,5 %
«Poppers»	3,3 %	10,6 %	25,0 %	26,3 %
Cocaïne	3,3 %	2,9 %	6,5 %	7,9 %

Source : «Talking Sex Project» (Myers et coll., 1992)

La collectivité, la socialisation et les comportements à risque

Le Tableau 2 compare le taux des hommes gay de la cohorte du projet précité ayant consommé de l'alcool la semaine précédente au taux des hommes célibataires d'identité sexuelle inconnue tirés d'un échantillon communautaire. Cette comparaison peut mener à croire d'une part que les hommes gay utilisant des substances sont très nombreux et d'autre part que l'usage des substances constitue un facteur de comportements sexuels à risque. Mais aucun élément ne nous permet d'établir clairement un tel lien au sein de cette population. Aussi devons-nous interpréter ces données avec beaucoup de réserve, surtout que les hommes gay composant l'échantillon ont été sélectionnés dans les bars, où il serait normal de croire que le taux des usagers de substances devrait excéder celui d'un échantillon communautaire général.

Substance	Ratio
Alcool	1,3:1
Marihuana/Haschich	3,6:1
Tranquillisants	4,0:1
Cocaïne	2,3:1

Selon l'Enquête nationale sur les hommes (Myers, Godin, et coll., 1993) (Tableau 3), le taux des hommes des différentes collectivités à travers le pays qui ont déclaré avoir consommé des substances au moins une fois avant d'avoir eu des rapports sexuels varie considérablement selon l'endroit. Ici encore, ces écarts ainsi que l'écart marquant les rapports sexuels plus sécuritaires peuvent s'expliquer par les profils de socialisation des différentes collectivités. Même si l'on a peu écrit sur les profils de socialisation et les rapports sexuels protégés mêmes, de multiples documents ont déjà été consacrés au sujet connexe des comportements à risque d'infection au VIH et l'influence des pairs et des normes sociales (Becker et Joseph, 1988). Il semble que ces données constitueraient de plus grands facteurs d'influence que l'usage des substances.

Substance	Taux usage	Écart en % entre les sous-ensembles
Alcool	74,9	70,5 - 83,0
Marihuana/Haschich	31,4	24,0 - 38,3
Tranquillisants	28,5	18,4 - 39,8
Cocaïne	11,9	7,0 - 18,4

Des écarts régionaux analogues existent en ce qui concerne l'usage des substances déclaré lors de l'enquête sur le sida et les modes de vie sains chez les Premières Nations de l'Ontario (Myers, Calzavara, et coll., 1993). Ces écarts reflètent sans doute ceux observés quant à la disponibilité des substances, aux attitudes de la collectivité et aux politiques en vigueur. Le taux de la population ayant déclaré consommer de l'alcool s'établit à 30,5 % dans le nord du pays contre 45,1 % dans le sud. La consommation de drogues déclarée atteint 30,1 % dans le nord contre 14,4 % dans le sud. On a également observé un écart concernant l'accès à l'information sur le sida, les populations du nord étant moins bien informées que celles du sud. Même si les expériences sexuelles vécues et les activités sexuelles déclarées variaient d'une région à l'autre, peu d'éléments indiquaient un écart quant au degré de risques sexuels déclaré par les répondants, et ce, malgré l'écart relevé dans l'usage des substances.

Usage de substances et risques courus dans des situations spécifiques

Les données de l'enquête sur le sida et les modes de vie sains chez les Premières Nations de l'Ontario ont permis d'examiner les comportements sexuels à risque déclarés par les répondants lorsqu'ils étaient «sobres», et «ivres ou défoncés». Au total, 27,5 % ont déclaré se comporter différemment selon leur état. Pour la majorité d'entre eux, 42,7 %, le changement de comportement a donné des résultats neutres en ce sens que le risque qu'il y ait transmission du VIH est demeuré le même, alors que des pourcentages à peu près égaux, soit 32,5 % et 31,6 %, ont adopté respectivement des comportements plus sécuritaires et moins sécuritaires (Myers et coll., 1994).

En fait la recherche de liens entre l'usage des substances, la sexualité et les comportements sexuels à risque ne peut se faire sans bien saisir au préalable le comportement individuel dans des contextes et des activités sexuelles spécifiques. La planification des programmes d'éducation doit essentiellement reposer sur la compréhension de ces liens et de l'environnement culturel, physique, spirituel et social de la collectivité.

Bibliographie

Becker, M.H. et J.G. Joseph, (1988). AIDS and behavioral change to reduce risk: A review. *American Journal of Public Health*, 78(4), 394-410.

Hyndman, B. et N. Giesbrecht, (1993). Community-based substance abuse prevention research : rhetoric and reality. *Addiction*, 88(12), 1613-1616.

Leigh, B.C. et R. Stall, (1993). Substance use and risky sexual behavior for exposure to HIV: Issues in methodology, interpretation, and prevention. *American Psychologist* 48(10), 1035-1045.

Myers T., L. Calzavara, S. Bullock, R. Cockerin, et V. Marshall, (1994). The influence of substance use and change in sobriety on sexual risk. Quatrième conférence annuelle canadienne de la recherche sur le VIH et le sida. Toronto, juin.

Myers, T., L. Calzavara, R. Cockerill, V.W. Marshall, et S. Bullock, en collaboration avec le Comité directeur des Premières Nations, (1993). *Ontario First Nations AIDS and Healthy Lifestyle Survey*. Toronto: University of Toronto.

Myers, T., G. Godin, L. Calzavara, J. Lambert, J. Locker, (1993). The Canadian Survey of Gay and Bisexual Men and HIV infection: Men's Survey, Ottawa : Société canadienne du sida.

Myers, T., C.J. Rowe, F.G. Tudiver, R.G. Kurtz, E.A. Jackson, K.W. Orr, et S.L. Bullock, (1992). HIV, substance use and related behaviour of gay and bisexual men: An examination of The Talking Sex Project Cohort. *British Journal of Addiction* 87, 207-214.

National Research Council, Committee on AIDS Research and Behavioral, Social and Statistical Sciences (1989). *AIDS: Sexual Behavior and Intravenous Drug Use*. Washington: National Academy Press.

Nutbeam, D. (1986) Health Promotion Glossary. *Promotion de la santé*, 1(1), 113-127.

Room, R., (1991). Community action on alcohol problems: The demonstration project as an unstable mixture. Dans N. Giesbrecht, P. Conley, R.W. Denniston, L. Gliksmann, H. Holder, A. Pederson, R. Room, et M. Shain, (Ed.) *Research, Action and the Community*.

Schuster, C. (1988). *Alcohol and Sexuality*. New York: Praeger.

Les contextes de prise de risque chez les toxicomanes

Louise Nadeau

(avec la collaboration de Solange Keighan et de Jocelyne Migner)

Département de Psychologie

Université de Montréal

Introduction

Cet exposé s'intéresse aux conduites de risque chez les toxicomanes¹. Au nombre de ceux-ci, certains sont homosexuels, d'autres hétérosexuels; certains font de la prostitution pour gagner leur vie et soutenir leur habitude de consommation; d'autres ont une vie structurée par le trafic; d'autres, enfin, ont une vie qui semble sans histoire. Tous cependant ont en commun d'avoir un modèle de consommation pathologique de substances psychoactives, de présenter de nombreux problèmes sociaux et personnels liés à leur consommation et d'avoir développé une dépendance physique aux produits qu'ils consomment.

Pour les fins de cet exposé, on s'intéressera principalement aux données produites dans la région de Montréal parce qu'elles sont nombreuses et parce qu'elles nous permettent de bien mettre en évidence l'importance des conduites de risque chez les toxicomanes, UDI et non-UDI, poly-toxicomanes ou alcooliques.

Les données de l'équipe de l'Hôpital St-Luc (Lamothe et Bruneau, 1993), permettent de constater que le taux de séroprévalence augmente parmi les UDI de notre ville : en 1988-89, il était de 5.8 %; en 1989-90, de 9.4 %; en 1990-91, de 17.4 %; en 1991-92, de 11.1 %; en 1992-93, de 13.7 %. Ces taux sont parmi les plus élevés des grandes villes canadiennes. Pour les toxicomanes, les deux vecteurs de contamination sont (1) le partage des seringues et (2) les relations sexuelles non protégées. Par ailleurs, les données de l'équipe de Lamothe et Bruneau indiquent que le partage des seringues est le facteur qui occasionne la plus grande proportion de contaminations.

Des «focus groups» avec des intervenants

Ma collègue Jocelyne Migner (1994) a mené des «focus groups» auprès d'intervenants qui oeuvrent auprès de

toxicomanes afin d'identifier les contextes qui amènent ces populations cliniques à prendre des risques. On voulait savoir quelles circonstances ont une influence directe sur le type de comportement susceptible d'amener une éventuelle contamination par le VIH. Il s'agit donc de données de seconde main bien qu'il s'agisse d'intervenants qui ont une longue expérience avec ces clientèles toxicomanes. Nos participants ont identifié quatre contextes qui sont susceptibles d'augmenter la prise de risque.

1. L'intoxication et le manque de drogue

Le premier contexte qui favorise la prise de risque est l'intoxication et le manque de drogue. Les sujets qui sont sous l'effet des produits ont alors moins conscience du danger. Une part de négligence accompagne également l'état d'intoxication. S'il est UDI, il ne prend pas le temps de nettoyer sa seringue; s'il est toxicomane ou alcoolique, UDI ou non-UDI, il ne prend pas le temps de mettre un condom. Le danger est perçu différemment et la nécessité de se protéger n'apparaît plus aussi importante. De plus, on veut aussi faire comme les autres et ce facteur de la pression des pairs semble d'autant plus déterminant chez des sujets qui se caractérisent par la dépendance.

2. Les effets de la cocaïne

En second, les effets de la cocaïne, très consommée à Montréal, sont particulièrement redoutables. Le produit amène un sentiment d'invulnérabilité auquel s'ajoute le plaisir sexuel accru. Les usagers ne sont pas toujours prêts à faire des concessions au niveau du plaisir en utilisant un condom. Par ailleurs, lorsque la consommation devient chronique, les dysfonctions sexuelles augmentent (entendre : des problèmes d'érection et de maintien d'érection) et l'usage du condom est rendu tout aussi improbable à cause de la désensibilisation qu'il occasionne que des problèmes

¹ Le genre masculin utilisé dans ce texte désigne aussi bien les femmes que les hommes.

d'érection. De façon générale, chez les toxicomanes, le plaisir est sur-investi, et tout ce qui gêne la satisfaction de ce plaisir est écarté. De plus, ces sujets fréquentent beaucoup les piqueries parce que la demi-vie du produit est très courte.

3. Les risques particuliers des hommes homosexuels

En troisième lieu, ces rencontres avec les intervenants ont permis de constater les risques particuliers des hommes homosexuels. Ces risques sont connus : ils font une sur-utilisation des bars gais et ont de nombreux partenaires occasionnels. Mais, comme l'a souligné notre clinicien expert qui participait aux focus groups, ceux qui ont de la difficulté à assumer leur homosexualité ont également tendance à consommer davantage, ce qui entraîne une probabilité accrue de prise de risque.

La peur de perdre l'attachement chez les femmes

En quatrième lieu, chez les femmes, il semble que la plus grande vulnérabilité soit celle d'être «en amour» les femmes toxicomanes ont peur de perdre l'attachement de leur homme, trouvent difficile de négocier une demande de relations sexuelles non protégées venant de la part de ceux-ci et estiment que le véritable amour est fait de don de soi. Elles ont, avec leur «chum», des relations sexuelles non protégées. Cette idée du don de soi ne semble pas aussi prévalente chez les hommes qui eux, au contraire, ont une attirance pour les conduites de risque.

Étude avec un échantillon clinique

Solange Keighan (Keighan et Nadeau, 1994) a examiné les conduites de risque auprès d'un petit échantillon d'hommes en traitement pour toxicomanie : 20 UDI et 20 non-UDI. Les résultats confirment ceux des autres études de Montréal avec échantillon plus considérable : 95 % utilisent des seringues usagées et quasiment 100 % ne les nettoient pas; 75 % des UDI et 45 % des non-UDI n'utilisent jamais de condom avec un partenaire occasionnel.

Cette étude consistait à aller vérifier si ces sujets adoptaient d'autres conduites de risque. On a constaté :

1. qu'ils ont des activités illégales et affirment qu'ils agissent ainsi pour de l'argent mais également pour le plaisir du risque;

2. qu'ils conduisent leur véhicule automobile de manière dangereuse et avec facultés affaiblies. Si, en prenant de tels risques au volant, ils ne se font pas arrêter, ils en concluent qu'ils sont tout puissants, se croient «plus forts que la police»;
3. qu'ils sont des adeptes de jeux de hasard et trois d'entre eux rapportent avoir joué à la roulette russe au cours de la dernière année;
4. enfin, qu'ils font des tentatives de suicide de façon répétée, et affirment aimer jouer avec le risque de mort.

Ainsi, la prise de risque ne se limite pas à la drogue ou aux relations sexuelles non protégées mais s'inscrit dans plusieurs sphères de la vie de ces personnes. C'est une sorte de gestalt où l'échange de seringues et les relations sexuelles non protégées sont une parmi plusieurs types de prises de risque.

Chez ces hommes UDI et non-UDI, l'intoxication augmente les conduites de risques. Cependant, les données confirment que les UDI sont plus à risque que les non-UDI. Fait à noter, 57 % de tous les sujets aiment prendre des risques pour le simple plaisir et pour la recherche de sensations fortes; 82,5 % des sujets n'ont pas peur de la mort sous intoxication. Face à la mort, qui est omniprésente dans leur discours, on constate une ambiguïté faite d'un désir de mourir et d'une peur de mourir. C'est probablement cette ambivalence qui nous est difficile à comprendre, et qui amène une certaine quantité d'échecs dans nos programmes de prévention.

Conclusions

Nos résultats viennent confirmer les observations cliniques qui sont faites en France (Valleur, 1988, Groupe de recherche sur les conduites ordaliques, 1994) et que nous faisons dans notre travail au Service Correctionnel du Canada avec des détenus toxicomanes. Quatre conclusions se dégagent de tous ces travaux :

1. La prise de risque est augmentée par l'intoxication, et cela est particulièrement vrai de la cocaïne.
2. Pour de nombreux sujets toxicomanes, l'échange de seringues de même que les relations sexuelles non protégées sont deux conduites de risque qui s'inscrivent dans un répertoire plus vaste de telles conduites de risque. Il faut continuer de cibler les comportements vecteurs de transmission dans l'intervention mais les intervenants auraient intérêt

à comprendre le processus de prise de risque tel qu'il se manifeste chez tel ou tel patient toxicomane.

3. Une certaine proportion de patients toxicomanes présentent une dépression chronique de telle sorte que la drogue a chez eux une fonction d'automédication. En outre, on sait que plusieurs ont d'importantes carences affectives et qu'une bonne proportion d'entre eux ont vécu une enfance marquée par l'adversité. Leur vie ne fait pas beaucoup de sens et la prise de risque s'inscrit dans ces attitudes de désespoir. En termes de nosologie psychiatrique, à la toxicomanie s'ajoutent des troubles de dépression et d'anxiété à l'Axe I et des troubles de personnalité antisociale, borderline et narcissique à l'Axe II.

La conduite suicidaire prend souvent une place importante dans leur vie : les sujets se disent conscients du risque de mort mais persistent néanmoins dans divers comportements dangereux. Même s'ils ont effectivement peur d'y laisser leur peau, cette crainte n'est pas suffisante pour modifier leur conduite, ce qui est le paradoxe de toutes les toxicomanies. C'est peut-être par cette ambivalence face à la mort et à la prise de risque que ce groupe se distingue le plus de la communauté gaie.

4. On aurait intérêt à intégrer cette dimension du plaisir du risque et du plaisir à défier la mort dans nos programmes de prévention du SIDA avec les toxicomanies. Il apparaît nécessaire de travailler sur la prise de risque comme telle autant que sur les comportements-cibles vecteurs de transmission du VIH. En effet les toxicomanes affirment prendre plaisir au risque et ce plaisir semble primordial pour plusieurs d'entre eux. Ce n'est peut-être pas seulement par négligence mais aussi parce qu'ils jouissent de défier la mort que ces sujets adoptent des conduites à risque.

Lorsque l'épidémie du SIDA a commencé à se répandre parmi les toxicomanes, on a constaté que nos programmes de prévention avaient moins d'effets chez eux que dans la communauté gaie. Certains cliniciens, surtout des français, ont soutenu que ce n'est pas seulement l'intoxication qui amène la prise de risque mais également le plaisir du risque comme tel. Nos données ont confirmé ces observations cliniques, à savoir que les toxicomanes se mettent à

l'épreuve pour faire la démonstration qu'ils sont «plus forts» que les forces de l'ordre et «qu'on ne peut pas les avoir», pour citer un de nos clients. Certains vérifient à répétition s'ils sont invincibles. Les propos des hommes que nous avons rencontré ont permis de constater qu'il y a effectivement cette recherche du vertige associée au risque, que ce soit lors de la commission de délits, de jeux de hasard, d'un échange de seringues ou d'une intoxication dont l'issue est incertaine. Leur rapport à la mort est complexe : c'est un flirt composé d'un désir de vaincre et d'un désir de mourir.

Jusqu'à récemment, il y avait un relatif consensus dans la communauté scientifique quant au fait que la toxicomanie pouvait être interprétée comme une forme de suicide lent et graduel. Cliniciens et chercheurs envisageaient la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues comme des comportements essentiellement autodestructeurs mettant en cause une dépression antérieure à cette consommation pathologique. Il faudrait ajouter à cette conception traditionnelle un volet dynamique, pôle actif : la toxicomanie comprend vraisemblablement une dimension dynamique, un pôle actif (par opposition à la passivité de la dépendance). Peut-être faut-il voir les toxicomanes comme des guerriers pour qui le risque constitue un défi. Échanger des seringues, ne pas mettre de condoms devient une manière de tester sa propre puissance, de vérifier le degré de la maîtrise sur sa vie. Pour les scientifiques, cette conduite apparaît déraisonnable mais les données cliniques nous amènent à penser que nous avons intérêt à introduire un peu de déraison dans nos programmes de prévention.

Pour ma part, je suis toujours étonnée de constater combien les hommes peu scolarisés que sont la plupart des détenus toxicomanes avec lesquels nous travaillons saisissent rapidement la notion assez complexe de prise de risque : ils la comprennent parce que cet énoncé conceptuel ne fait que mettre des mots sur quelque chose dont ils ont fait l'expérience intime. Et ils nous racontent ensuite le «thrill» de défier le sort. Bien que cet univers cognitif ne s'inscrive pas dans les schèmes habituels de la santé publique, nous aurions peut-être intérêt à entendre les propos de nos clients.

Renvois

Groupe de recherche et d'études sur les conduites ordaliques (G.R.É.C.O.) (1994). *Toxicomanie et mort : addictions et conduites de risque. Rapport de recherche*. Paris : G.R.É.C.O.

Keighan, S., Nadeau, L. (1994). La prévalence de conduites de risque chez deux groupes de toxicomanes. *Dépendances*. A paraître en juin.

Lamothe, F., Bruneau, J., (1993). *Données préliminaires*. Projet PNRDS, 6605-2936-SIDA.

Migner, J. (1994). *Rapport sur trois focus groups ayant pour objet les contextes susceptibles d'amener une prise de risque*. Montréal : Département de psychologie, Université de Montréal.

Valleur, M. (1988). Jeunesse, toxicomanie et délinquance : de la prise de risques au fléau social. In P. Brisson (éd.) : *L'usage des drogues et la toxicomanie* (pp. 297-310). Montréal : Gaëtan Morin.

Les interventions

Prévention de l'infection au VIH auprès des personnes toxicomanes

John Tapp

Coordonnateur en prévention de la toxicomanie

Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre

Introduction

Les interventions en prévention de l'infection au VIH Le auprès des personnes toxicomanes ont pris un essor considérable au cours des dernières années. Pratiquement inexistantes avant 1988, nous retrouvons aujourd'hui des programmes dans tous les grands centres canadiens et dans une multitude de plus petites municipalités.

Les premiers projets pilotes canadiens ont vu le jour à partir de 1988 en réponse à la progression rapide de l'infection parmi les populations toxicomanes de plusieurs grandes villes européennes et américaines. Neuf projets furent financés pour une période de deux ans. Ces projets devaient offrir une programmation à multi-volets incluant entre autres, de l'information sur la réduction des risques, du «counselling», la distribution de kits (condoms et «bleach») et la référence vers d'autres services tels que la désintoxication et le traitement. Sept sites sur neuf offraient un service d'échange de seringues.

Je vous présenterai, dans cet atelier, un bref survol des résultats des différents sites pilotes et je tenterai de faire ressortir les principaux enjeux entourant ce type d'intervention

L'implantation des programmes

Si on juge de la pertinence d'un programme par son degré de pénétration dans une communauté, alors les projets pilotes ont amplement démontré leur utilité. Le nombre des visites et des contacts est en constante progression ou se maintient toujours malgré l'ouverture de nouveaux services.

A titre d'exemple, le nombre de contacts par trimestre a doublé entre 1992 et 1993 à Vancouver passant de 15,000 à plus de 30,000. Au cours des deux premières années d'opération, on totalisait une moyenne de 933 contacts par mois à Winnipeg. À Montréal, le programme Cactus a reçu 311 visites au cours de la première semaine d'intervention en 1989. Ce nombre a augmenté à plus de 1,000 par semaine au dixième mois. On compte plus de 221,746 visites entre 1989 et 1992.

Au volume de visites s'ajoute le nombre de seringues distribuées. Ici encore, les chiffres sont impressionnants. Pour notre période de référence, soit 1989 et 1992, la distribution dans les centres importants a passé de 150,000 seringues à plus d'un million. Le programme de Vancouver, à lui seul, a distribué plus de 600,000 seringues en 1992 et dépasse aujourd'hui le million.

La clientèle

La clientèle qui fréquente les différents sites ne se distingue pas particulièrement de la clientèle des centres de traitement, d'ailleurs plus de la moitié a déjà reçu un traitement pour leur dépendance. Âgés de 13 à 72 ans, la moyenne approche la trentaine. Les femmes tendent à être plus jeunes que les hommes. Ces personnes sont souvent marginalisées. Environ 10 % d'entre elles n'ont pas de domicile fixe et malgré que la majorité indique vivre dans la même ville depuis plus d'un an, il en ressort tout de même une assez grande mobilité. Ainsi, 45 % de la clientèle de Winnipeg s'était injectée dans une autre ville au cours d'une période de six mois. A Ottawa, 41 % des clients avaient utilisé un service dans une autre ville.

La scolarité et l'emploi sont aussi des indicateurs de l'intégration sociale. Notre clientèle passe ici d'un extrême à l'autre. Malgré que la majorité ne détient pas de diplôme d'études secondaires et que plusieurs ont à peine dépassé le niveau élémentaire, il y a tout de même 15 % des gens qui ont fait des études post-secondaires.

Par contre, ils sont beaucoup plus touchés par la situation économique. Près de la moitié vit de l'assistance sociale et seulement 10 % déclarent détenir un emploi.

Enfin, la majorité des personnes ont eu des démêlés avec la justice. A Toronto, 81 % des clients avaient été incarcérés au moins une fois.

Substances consommées

Les substances de choix pour l'ensemble de la clientèle sont la cocaïne et l'héroïne. Malgré que les proportions varient selon les sites, la cocaïne domine et est utilisée par environ 80 % des clients et l'héroïne par environ 15 %.

Winnipeg	
53 %	cocaïne (1/2 s'injecte)
31 %	talwin et ritalin (44 % UDI)
9 %	des solvants
4 %	de l'héroïne

Toronto	
70 %	cocaïne
15 %	héroïne

Ottawa	
79 %	cocaïne
26 %	crack
15 %	héroïne

Montréal: CACTUS	
75 %	cocaïne
10 %	héroïne
8 %	les deux

Montréal: Pic-Atout	
80 %	s'étaient injecté de la cocaïne au cours des 7 derniers jours
35 %	héroïne

On note une différence entre les hommes et les femmes dans le type de consommation.

Toronto	
68 %	des femmes choisissent l'héroïne contre
29 %	des hommes

Montréal	
15 %	des femmes de Cactus disent ne consommer que de l'héroïne contre
8 %	des hommes

Pratiques à risques

Le partage des seringues est une pratique courante pour environ la moitié des clients. Plusieurs clients affirment nettoyer l'équipement, mais souvent de façon inadéquate. Le taux d'utilisation du «bleach» était de 17 % à Pic-Atout, 34 % à Winnipeg et 41 % à Ottawa. Les différences entre les participants aux projets et les non-participants étaient minimes. Par contre, les indicateurs notent des signes encourageants. La proportion des personnes qui ont cessé de partager a augmenté dans la plupart des projets. Cette même tendance s'observe dans la proportion des personnes qui utilisent du «bleach» pour nettoyer les seringues. On voit donc que l'information pénètre dans les milieux et que la clientèle y répond.

Les motifs du partage

La plupart des sites rapportent que l'âge de la première injection se situe autour de 20 ans. La principale raison invoquée pour le partage des seringues est le manque d'accessibilité (82 % à Toronto). Peu de clients ont indiqué aimer partager (5 % à Calgary, 7 % à Ottawa).

Cette difficulté d'accès à du matériel s'observe surtout dans les prisons. À Toronto, 25 % des personnes s'étaient injectées en prison et 62 % de celles-ci avaient partagé le matériel. La même proportion ressort à Ottawa (19 % s'injectent et 61 % partagent).

Comportement sexuel et utilisation du condom

Plusieurs projets rejoignent les personnes impliquées dans des activités de prostitution. Les pourcentages sont particulièrement élevés chez les femmes.

	Femmes	Hommes
Edmonton	57 %	7 %
Winnipeg	86 %	25 %
Pic-Atout	40 %	2 %

Puisque plusieurs clients ont des partenaires sexuels multiples de même sexe ou de sexe opposé, il devient donc important d'évaluer le pourcentage d'utilisation du condom. Ce taux varie énormément d'un projet à l'autre. Parmi les femmes qui ont des activités de prostitution, 86 % disent toujours utiliser le condom à Montréal (Cactus) et 68 % à Toronto.

Les hommes qui ont des relations sexuelles avec des clients du même sexe rapportent un taux plus bas, soit 61 % à Toronto et 49 % à Montréal (Cactus).

L'utilisation du condom avec des partenaires occasionnels est beaucoup plus faible. Par exemple, 15 % des femmes et 25 % des hommes de Winnipeg n'utilisent jamais de condom avec des partenaires occasionnels de sexe opposé.

Par contre, on note une tendance positive avec le temps. Les clients réguliers rapportent un usage plus fréquent du condom. Cette même tendance s'observe entre les clients des programmes et les non-participants.

«Testing» et taux d'infection

La majorité des UDI a déjà passé des tests de dépistage (environ 60 %) et on observe que le taux d'infection est plus élevé chez les participants que chez les non-participants. Les programmes semblent rejoindre une clientèle plus à risque ou qui est à risque depuis plus longtemps.

On a d'ailleurs noté que le niveau de connaissance sur la prévention et la transmission est généralement élevé. Cependant, la perception du risque personnel est plus faible. Un petit pourcentage seulement des clients estiment qu'ils sont plus à risque que les autres toxicomanes. L'état de

santé de ces personnes est aussi assez pauvre. On rapporte une foule de problèmes allant d'abcès, d'hépatite, de MTS et des problèmes de santé mentale.

Indices de satisfaction

Le niveau de satisfaction des usagers est nettement élevé. Il se maintient au-dessus de 90 % dans tous les points, à l'exception des heures d'ouverture et des politiques d'échange.

Le niveau de satisfaction semble aussi élevé dans la communauté. Les sites sont souvent sollicités pour leur expertise et sont impliqués dans des forum divers. Plusieurs projets indiquent que l'implication des forces policières est déterminante pour le succès du programme.

Tendances actuelles et futures

Face à cette évaluation positive des projets pilotes et de la place de plus en plus grande occupée par ces programmes dans nos communautés, j'aimerais aborder quelques aspects complémentaires à ce type d'intervention. Il s'agit du travail de rue (Outreach), de l'utilisation du réseau existant de la santé et des services sociaux et de l'accès aux services de réadaptation.

1. Le travail de rue (street outreach)

La plupart des programmes d'intervention ont une composante de travail de rue. Les interventions dans les arcades, les bars ou encore les piqueries sont le prolongement logique des actions effectuées dans les sites fixes. Par contre, ce type de travail nécessite des qualités particulières et ne peut s'implanter à court terme. Le rôle des travailleurs de rue dépasse largement la référence vers des sites d'échange de seringues. Ces personnes sont véritablement la première ligne avec une clientèle qui se méfie des structures officielles et qui vit dans la marginalité.

A cause des milieux qu'il fréquente, des comportements qu'il observe et de son statut professionnel peu défini, le travailleur de rue est continuellement sur la corde raide. Lors d'une récente rencontre tenue à Montréal, les travailleurs de rue ont exprimé beaucoup plus de préoccupations face à l'éthique de la pratique qu'au travail lui-même. Ainsi, le prochain défi des travailleurs de rue sera d'établir des critères et des standards pour ce type de pratique

tout en préservant la flexibilité et la créativité nécessaires pour oeuvrer dans un milieu en constante évolution.

2. L'utilisation du réseau existant

La création de sites spécialisés dans les grands centres correspondait à l'époque à un besoin précis des centre-villes. Depuis, nous tentons d'étendre ce réseau et de rejoindre les utilisateurs de drogues injectables dans tous les milieux. À partir d'un noyau central, les sites d'échange et les programmes d'Outreach se déploient vers les quartiers périphériques. On vise aussi à doter les plus petits centres et les régions moins peuplées de service d'échange de seringues.

Au Québec, le réseau existant des hôpitaux, CLSC, pharmacies et cliniques privées est mis à contribution. Cette approche permet d'offrir un grand nombre de sites sans nécessiter un ajout important de ressources financières. On dénombre présentement au Québec 146 centres d'échange. Devons-nous favoriser deux réseaux d'échanges, des sites spécialisés dans les centre-villes où la clientèle est plus marginalisée et des sites intégrés à d'autres établissements dans la périphérie où on répond déjà aux besoins du quartier? Il sera important d'évaluer ces nouveaux services afin de savoir si les sites s'en tiennent à la distribution de matériel ou si l'intervention tend à devenir plus personnalisée. Nous savons que les projets pilotes constituent souvent un point de repère pour la clientèle, pouvons-nous recréer ce même climat dans les centres publics?

3. L'accès aux services

L'objectif principal de la mise sur pied des projets pilotes est incontestablement la prévention de l'infection au VIH. Cependant, ces efforts de prévention peuvent aussi favoriser une demande d'aide et de référence vers un centre spécialisé en toxicomanie. Il faut donc s'assurer que l'arrimage entre les interventions dans la rue et l'accès au traitement se fasse le plus facilement possible.

La majorité des centres de traitement de la toxicomanie opère selon deux grands principes, la motivation de la clientèle et l'objectif d'abstinence. Cette structure répond aux besoins d'un grand nombre de personnes toxicomanes et nos centres ne parviennent pas à répondre à la demande. Cependant, si nous postulons que la mission des centres est de répondre à l'ensemble des demandes de services des personnes toxicomanes, alors nous devons prévoir des mécanismes pour répondre aux besoins spécifiques des utilisateurs de drogues injectables. Pour y arriver, nous devons aménager nos programmes afin d'accueillir des personnes pour qui l'abstinence n'est pas un objectif réalisable. Nous devons plutôt miser sur l'amélioration de la qualité de vie et la diminution des méfaits. Nous devons accepter que cette clientèle puisse compléter qu'une partie du programme de réadaptation et que ceci ne signifie pas un échec. Nous devons donc définir le succès en fonction de l'adaptation sociale et non seulement en fonction de la consommation. Cette adaptation sociale doit induire des variables comme l'acquisition d'habiletés sociales et l'accès au travail et au logement.

Conclusion

Les projets pilotes mis sur pied dans les grandes villes canadiennes ont démontré leur utilité et leur pertinence. Les données provenant de la période expérimentale suffisent à confirmer le besoin de ce type de service. Depuis lors, ces sites continuent de progresser et offrent de plus en plus de services. L'objectif de prévention de l'infection au VIH chez les utilisateurs de drogues injectables a favorisé l'émergence d'un réseau de services s'adressant à une clientèle souvent négligée. Nous arrivons maintenant à une période de consolidation de ces services de première ligne et à une plus grande intégration avec le réseau traditionnel de la santé et des services sociaux.

L'exemple de *Needleworks*

Hope Hunter

Boyle Street Co-op

Edmonton

Je vous présenterai ici l'expérience que nous avons tirée du programme *Needleworks*, à Edmonton, qui vise tout spécialement à prévenir le sida chez les consommateurs de drogues par injection. *Needleworks* est l'un de plusieurs projets-pilotes lancés par le gouvernement fédéral et fonctionne depuis trois ans et demi. Aujourd'hui, mes observations viendront renforcer plusieurs des points déjà exposés au cours du présent atelier.

Mais en premier lieu, permettez-moi de vous présenter quelques éléments du contexte socio-culturel afin de vous faciliter la transition de Montréal à Edmonton. Vous comprendrez alors que Edmonton est plus qu'une série de centres commerciaux et d'avenues piétonnières.

Needleworks oeuvre dans les vieux quartiers d'une ville de l'ouest des Prairies. Et nos vieux quartiers ressemblent beaucoup à un grand village; on y est remarquablement conservateur; les discussions sur le sexe, parfois qualifiées de «conversations obscènes» y sont taboues; tout le monde se connaît et connaît aussi les allées et venues et la vie de tout le monde. On y retrouve en outre une collectivité autochtone très importante et diversifiée qui est d'ailleurs extrêmement présente aussi bien dans le coeur de la ville que dans tout le secteur nord-est. Cette population est elle aussi conservatrice et entretient d'importants réseaux sociaux. Elle se déplace beaucoup. On enregistre un continuel va-et-vient entre ses membres urbains et ceux des petites collectivités du nord de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest. Quant à ceux d'entre eux qui pratiquent le commerce du sexe et de la drogue, ils font constamment la navette entre Edmonton, Calgary et Vancouver.

Il va de soi que la pauvreté et le racisme y sont endémiques. On y observe un taux de chômage élevé, un faible taux de scolarisation, une très grande participation aux activités criminelles, et un bilan de santé peu reluisant. La corrélation entre ces facteurs et le risque qui menace la population a déjà été exposée lors de communications

antérieures, comme l'ont été les obstacles que dresse cette dure réalité pour les individus qui tentent de changer leur comportement. L'essentiel, cependant, réside dans le fait que les vieux quartiers d'Edmonton constituent d'abord et avant tout une collectivité qui, à ce titre, disposent de nombreuses ressources sur lesquelles bâtir. Les réseaux sociaux y constituent une importante source de soutien, de soins et de changement. La solide culture qui les anime valorise la survivance, la famille (en particulier les enfants), l'humour, la souplesse d'adaptation, la volonté de réaliser le réalisable et la croyance que tout ce qui doit venir viendra en temps opportun. On y retrouve également une infrastructure de ressources communautaires qui, ensemble, assurent l'accès aux services pertinents à ceux qui en ont besoin.

Needleworks doit son existence à la détermination de neuf organismes d'enrayer la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues par injection et les prostituées). Ces organismes, dont les représentants composent le comité de coordination du projet ont joué un rôle primordial dans l'édification du soutien et de la volonté politique nécessaires à l'instauration de *Needleworks*. Permettez-moi ici de nommer ces organismes, non seulement en raison de leur expertise et de leur engagement mais aussi du bien-fondé de leur action.

Comme membre de la coalition, l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission a su calmer les craintes, à savoir qu'un service d'échange de seringues ne contribue à raffermir les toxicomanies, et a fait valoir l'urgence de contrer le sida. Pour sa part, le service de santé publique de la Capital Health Authority a clairement établi l'intérêt que le programme représentait pour la santé publique et la nécessité d'un financement public. L'adhésion de AIDS Network d'Edmonton a marqué la reconnaissance par les principaux organismes anti-sida des consommateurs de drogues par injection et des prostituées) comme groupes cibles des mesures de prévention. Le STD Services et le Catholic Social Services Safehouse ont fourni leur expertise et des liens essentiels tant avec la

population qu'avec les services de soutien pertinents. Le Boyle McCauley Health Centre, centre de santé communautaire, et le Boyle St. Co-op, centre communautaire des vieux quartiers, ont tous deux assuré une communication directe avec la population de la rue. Le Centre canadien d'amitiés autochtones s'est pour sa part joint au programme durant sa deuxième année d'exploitation, et lui a permis d'élargir ses activités en lui faisant don d'une fourgonnette. La Police d'Edmonton, partenaire de soutien du programme, nous a aidés à concilier les objectifs souvent conflictuels de la prévention du crime et de la prévention du sida. Dans l'ensemble, l'expérience témoigne du bien-fondé d'une telle collaboration stratégique.

Les organisateurs s'étaient par ailleurs inquiétés de la longueur accusée pour l'obtention des fonds nécessaires à Needleworks. Ils craignaient que le VIH ne se soit déjà enraciné dans la collectivité et d'avoir ainsi raté l'occasion d'empêcher sa propagation. Mais fort heureusement, le temps nous a permis de planifier, de «replanifier» et de figner le programme.

L'efficacité du programme est bien étayée dans le rapport d'évaluation publié en 1992 ainsi que dans nos rapports statistiques courants. Voici quelques-uns des points saillants :

- au cours des deux premières années, la séroprévalence est demeurée faible, à moins de 1 %;
- un nombre important de personnes ont été contactées, soit 4 014 au 31 décembre 1994, ce qui représente de 1 500 à 2 600 par mois;
- un nombre à peu près égal de seringues ont été récupérées (1 273 792) et distribuées (1 291 650);
- les clients du programme déclarent une hausse des injections sécuritaires et des rapports sexuels protégés;
- le programme permet d'atteindre des gens considérés difficiles d'accès; un peu moins de la moitié de ses clients sont des femmes, et 50 % sont des Autochtones;
- les normes communautaires changent peu à peu et l'on constate une plus grande ouverture ainsi qu'une plus grande reconnaissance du problème de santé posé par le VIH;
- comme ailleurs, l'échange sert de tremplin à d'autres formes d'aide, y compris le traitement des toxicomanies.

Comment expliquer notre succès? Tel que je l'ai déjà mentionné, nous avons bénéficié de tout le temps voulu pour effectuer des analyses poussées et bien planifier. Ayant

fondé nos analyses sur notre expérience collective, nous avons planifié en fonction des principes suivants :

- faire participer les usagers à la planification et à la conception des services qu'ils souhaitent;
- s'inspirer de l'expérience des autres;
- joindre les gens dans leur milieu;
- fournir des occasions réellement pertinentes;
- assurer l'accessibilité;
- fournir aux gens des ressources concrètes;
- fournir le soutien approprié;
- contenir l'opposition et développer l'esprit de solidarité entre amis et ennemis.

Nous avons ainsi mis sur pied un programme polyvalent, lequel a été intégré dans l'exploitation de trois organismes communautaires et complété par une unité volante d'animation communautaire. Nous offrons des services d'information, de counseling en matière de santé, de renvoi et de soutien, ainsi que d'échange de seringues. Le programme respecte un noyau de valeurs fondamentales, mais emprunte une formule adaptée à chaque endroit, laissant ainsi plusieurs options au client. Le cadre d'exploitation favorise une approche holistique. Par ailleurs, en procédant à l'évaluation et au suivi continu de notre programme et en respectant le principe selon lequel il convient de «maintenir ce qui fonctionne bien», nous nous assurons de répondre en permanence aux besoins de notre clientèle. Nous avons considérablement appris sur ce qui fonctionne bien et sur ce que nous pouvons encore faire. Il nous reste plusieurs défis à relever, auxquels bon nombre d'entre vous sont aussi confrontés, j'en suis sûr. En voici quelques exemples.

1. Nous avons assez bien réussi à convaincre le milieu du sexe commercial de l'importance d'utiliser des seringues stériles et le condom. Les relations privées demeurent par contre un véritable bastion des rapports sexuels non protégés. Combien souvent avons-nous entendu : «Je sais qu'il(elle) est correct(e); nous sommes ensembles depuis trois mois déjà»; ou encore «Si j'utilise un condom, il va penser que je le triche.» A ce propos, Mme Nadeau nous a d'ailleurs fourni dans sa communication un autre aperçu de cette attitude.

2. Ce ne sont pas tous les intéressés qui profitent du programme d'échange, et ce, pour plusieurs raisons. Certains craignent d'être incommodés par la police, d'autres prétextent que ce n'est pas le bon moment, le bon endroit ou la bonne journée, et d'autres encore ne veulent pas que l'on découvre ouvertement leur toxicomanie ni être sermonnés.
3. Les commerces de la drogue et du sexe évoluent constamment. Les mesures répressives exercées par la police dispersent les populations visées, puis de nouveaux joueurs viennent en transformer la dynamique. L'usage accru d'armes à feu, la vente dans les piqueries de seringues déjà prêtes à injecter, et les «mattress girls» posent de nouveaux défis aux programmes de prévention communautaires.
4. Les changements apportés aux services de soutien social, en particulier les coupures des allocations de sécurité sociale et l'imposition de droits pour le traitement des toxicomanies, sont autant de nouveaux obstacles à franchir pour ceux et celles qui essaient de s'en sortir et de s'éloigner de la rue.
5. L'harmonisation avec les autres services existants, dont ceux du logement, de la justice, de la santé mentale et du traitement des toxicomanies, dans le but de garantir la continuité de services d'éducation, de soutien et de soins qui répondent véritablement aux besoins, demande un temps considérable, surtout lorsque l'on travaille avec des personnes qui présentent un double diagnostic ou qui sont souvent incarcérées.

Alors, où allons-nous? Il est à souhaiter que nous sommes sur une voie sûre comprenant peu de détours. Voici donc quelques-unes de nos activités :

1. Nous explorons diverses possibilités d'accroître la disponibilité des seringues stériles et des condoms. Dans cette optique, nous comptons lancer, à titre d'essai, un service d'échange commercial de seringues dans cinq pharmacies.

2. Nous continuons de faire appel à la collectivité pour élargir le programme, notamment par l'éducation des pairs, et à appuyer un plus grand nombre de commerces et d'organismes communautaires afin de promouvoir activement les pratiques de prévention et d'influencer les normes communautaires.
3. Nous examinons comment mieux rejoindre les femmes, les adolescents, et la population asiatique des vieux quartiers. Nous tâchons en particulier de les amener à mieux contrôler les événements marquant leur vie, y compris l'impact de la consommation de l'alcool et des autres drogues.
4. Nous nous efforçons de réseauter les citoyens des vieux quartiers touchés par le VIH et désireux de prendre des mesures pour améliorer les activités de prévention et de soins dans la collectivité.

Notre plus grand défi demeure l'aspect financier. Le budget annuel de *Needleworks* s'établit à 375 000 dollars. Si nous comparons cette somme à ce qu'il en coûte pour soigner une personne séropositive, il semble que ce soit là des fonds sagement investis tant pour la santé des citoyens de notre ville que pour celle des nombreuses collectivités auxquelles les clients de notre programme rendent visite. Trouver les fonds nécessaires à la survie de notre programme principal demeure toutefois un objectif utopique. L'efficacité de notre programme est constamment mise à défi et les méthodes, remises en question. L'intérêt que suscite les vastes campagnes générales mine l'appui aux initiatives de soutien plus spécifiques. L'insatiable appétit d'approches nouvelles et novatrices des bailleurs de fonds nous obligent parfois à abandonner certaines méthodes malgré leur efficacité démontrée. Et tout le monde semble chercher quelque'un d'autre pour régler la note. Enfin, peut-être pourrions-nous trouver, au cours des trois prochains jours, la solution à un de nos problèmes communs, à savoir, comment maintenir les activités qui marchent déjà bien.

Les questions à l'étude

Questions et préoccupations concernant le VIH, le sida et l'abus de substances

John Turvey

Downtown Eastside Youth Activities Services

Vancouver

Les éléments, les questions, et les préoccupations exposés ci-après doivent nécessairement être pris en considération au moment d'évaluer la prévention contre le VIH chez les usagers de substances. Il convient ainsi :

- de reconnaître la discrimination existant dans les services d'assistance aux usagers de substances et de traiter ce problème;
- d'inciter les services traditionnels offerts aux usagers de substances à adopter une approche axée sur la réduction des méfaits plutôt que sur la promotion de l'abstinence;
- d'évaluer les mérites et les aspects pragmatiques de la décriminalisation;
- d'examiner les actes de discrimination dont font l'objet certains sous-groupes de notre société (p. ex., les jeunes autochtones, les transsexuels, les groupes ethniques, les personnes portant un double diagnostic);
- de prévoir une programmation adaptée aux divers besoins; étant donné que les soins offerts sont normalement conçus pour des groupes conformes aux normes sociales, les consommateurs de drogues par injection atteints du VIH font l'objet de discrimination lorsqu'ils tentent d'avoir accès à ces soins;
- d'inciter les hôpitaux à accroître leur efficacité (p. ex., par la gestion de la douleur et des toxicomanies) : les médecins doivent apprendre à différencier la douleur physique de la douleur reliée à la toxicomanie; à l'heure actuelle, les toxicomanes ne reçoivent pas les services dont ils ont besoin;
- d'envisager différents moyens d'assurer l'entretien à la méthadone; d'adopter une démarche plus globale, facilement accessible; de confier le contrôle de tels programmes aux autorités provinciales plutôt que fédérales;
- d'améliorer les services traitant de l'abus des substances et leur accès;
- de revoir et d'évaluer les programmes de désintoxification; les programmes désinstitutionnalisés enregistrent un taux élevé de récidivisme et accusent par conséquent un manque de continuité dans les soins; d'accepter que les rechutes font partie du processus de guérison, mais de traiter néanmoins les facteurs qui contribuent à la rechute (notamment la difficulté à trouver du travail, l'absence d'un logement, la mauvaise santé); de s'assurer que les étapes de planification tiennent compte des facteurs qui contribuent à la rechute des toxicomanes;
- de ne pas pénaliser les femmes (50 % des usagers sont des femmes) qui se présentent en traitement (la plupart doivent alors se séparer de leurs enfants); d'adopter des stratégies permettant d'incorporer des garderies aux centres de traitement, à défaut de quoi les femmes refuseront de se faire traiter;
- de prévoir des centres de traitement autonomes pour les jeunes; d'adopter une approche holistique qui comprenne l'apprentissage de compétences permettant d'accéder à un emploi; de guérir les traumatismes personnels, de trouver un abri, et de rétablir la santé;
- d'examiner et de régler les questions spécifiques aux prisons;

- de conférer aux peuples autochtones les pouvoirs nécessaires pour qu'ils participent pleinement aux programmes destinés aux consommateurs de drogues par injection;
- d'appuyer l'établissement de programmes d'échange de seringues dans les collectivités;
- de commencer à former d'anciens toxicomanes, afin de les utiliser comme personnes ressources et de mettre à profit leur expertise (indure également les toxicomanes actuels);
- de faire valoir le rôle de promotion sociale dans les programmes d'échange de seringues;
- d'admettre que de nombreux usagers de substances persévéreront dans leur toxicomanie et de revoir par conséquent la gestion des toxicomanies, notamment, au départ, responsabiliser les toxicomanes face à l'utilisation et à l'échange des seringues;
- d'envisager la formation de groupes d'usagers capables de développer des programmes ou au moins de contribuer au développement des programmes actuels et futurs;
- d'accepter de se soumettre à des évaluations et la possibilité d'échecs, car nous traitons avec les populations les plus marginalisées de la société;
- de s'assurer que les toxicomanes séropositifs qui transmettent le virus (parce qu'ils refusent d'admettre leur état ou prennent davantage de risques pour se procurer de la drogue) soient traités comme des êtres humains; nous avons besoin de services moralement neutres (il n'en existe aucun à l'heure actuelle); la plupart des programmes en vigueur relèvent d'organismes de services aux sidéens lesquels soulèvent parfois des problèmes d'aversion envers les homosexuels parmi les usagers); il convient d'insister plutôt sur l'accessibilité des services (car certains groupes pourraient, involontairement, en décourager l'accès);
- certains groupes parviennent difficilement à accéder aux services relevant des organismes traditionnels desservant les sidéens et de la communauté médicale; nous devons donc prendre conscience aussi bien de nos propres attitudes que de celles des usagers.

Questions et défis actuels concernant la gestion de la prévention du VIH

Brian Kearns

Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission

Introduction

La collaboration ne va jamais sans difficultés et s'accompagne toujours de nombreux défis. Or le sida nous fournit l'occasion de relever un défi unique, à savoir, d'amener les professionnels de la santé et des soins en toxicomanie à remodeler la prestation de leurs services. Mais pour éviter que cette refonte ne stagne, il importe de nous inspirer de deux grands principes puisés à l'expérience antérieure en matière de santé publique :

1. Adopter des mesures fonctionnelles.
2. Mettre l'accent sur le principal intérêt public.

Voilà les deux grands principes sur lesquels j'aimerais aujourd'hui susciter la réflexion.

1. Adopter des mesures fonctionnelles

a) La réduction des méfaits

Vue dans cette perspective, la réduction des méfaits serait plutôt pratique. Elle vise à réduire les conséquences malheureuses de l'usage de la drogue plutôt qu'à en réduire la fréquence et a donc comme point de mire des objectifs immédiats et réalistes susceptibles de favoriser un usage sans risque. Il nous est toutefois extrêmement difficile de faire comprendre et admettre le bien-fondé de ce concept par la société, qui le considère loin de l'idéal.

Bienvenu donc dans la réalité de ce monde! Certains jeunes boiront à leur remise des diplômes, qu'ils aient l'âge légal de consommer ou pas. D'autres fêteront, pour prendre ensuite le volant. Et les consommateurs de drogues par injection se piqueront, et continueront d'avoir des rapports sexuels. En fait, c'est peut-être là que le bât blesse. Car la réduction des méfaits nous introduit souvent dans les plus vilains dessous de la réalité, là où l'on affronte les valeurs traditionnelles et où l'on égratigne la sensibilité de la collectivité.

Convaincre la société de la valeur politique de ce concept n'est pas tâche facile, puisque les contribuables ont généralement l'impression de payer pour les «vices» d'une minorité.

Mieux vaut alors en défendre les aspects pratiques, que le fondement ou la théorie. La société est extrêmement sensible aux ravages causés par le commerce du sexe, et l'enjeu que représentent les coûts de santé pour les contribuables est de taille. Manifestement, une once de prévention vaut bien un livre de soins. Dans un tel contexte, il convient de considérer la prévention comme le choix le plus facile des choix de santé. Cela suppose des questions de commodité, et le soutien de la collectivité, de la police et d'autres professionnels.

b) Le traitement des toxicomanies

En ce qui concerne les consommateurs de drogues par injection et la prévention du VIH, on accuse souvent les organismes de traitement des toxicomanies de manquer d'à-propos. C'est souvent là une critique de l'engagement traditionnel de ces organismes envers l'idéal de l'abstinence. Mais le traitement vise essentiellement à résoudre le problème de dépendance à la drogue (c.-à-d., briser le cycle de dépendance).

Notre expérience nous a enseigné que l'abstinence constituait la seule issue de secours raisonnable pour le consommateur de drogues par injection qui désire échapper à la toxicomanie. Toute moindre mesure, comme c'est le cas pour les personnes dépendantes du tabac ou d'autres substances, a des effets contraires et risque de conduire à l'échec. Dans le cas du tabac, par exemple, je ne crois pas que l'on puisse prétendre que la cigarette à bout filtre soit une véritable solution. Elle est peut-être moins nuisible à la santé, mais elle ne règle pas le problème. Mais enfin, cette parenthèse fait abstraction de certaines réalités :

1. La majorité des consommateurs de drogues par injection sont des consommateurs occasionnels. De toute évidence, s'ils ne sont pas disposés à cesser cet

usage occasionnel, ils devraient au moins apprendre à se protéger.

2. En toxicomanie, les taux de rechute sont très élevés; de un à deux tiers des toxicomanes rechutent. Cela est vrai peu importe que le but visé soit l'abstinence ou non. Ces taux seraient tout aussi élevés dans le cas des usagers modérés désireux de modifier leur comportement que dans celui des usagers chroniques qui aspirent à l'abstinence. Par conséquent, un bon traitement n'est pas nécessairement la seule façon (quoique la plus souhaitable) de se prémunir contre le VIH. En d'autres termes, bien que la guérison définitive de la toxicomanie passe obligatoirement par l'abstinence, cela n'est pas le cas de la prévention du sida. Nous devrions donc établir une nette distinction entre les buts visés par le traitement de la toxicomanie et la prévention du VIH, et éviter de se servir de l'un au dépens de l'autre.

La véritable question à poser est la suivante : *« Dans quelle mesure les professionnels du traitement en toxicomanie peuvent-ils contribuer à la prévention du VIH? »* Nous pouvons sûrement fournir un soutien et des soins sans imposer certains objectifs de traitement, comme c'est déjà le cas en désintoxication. Nous pouvons au moins prévoir la rechute et profiter du traitement pour informer et renseigner les clients sur les dangers de leurs comportements pour leur santé. Nous pouvons aussi appuyer les initiatives de santé publique consacrées à la réduction des méfaits et y participer. Dans une optique plus immédiate et plus pratique, les professionnels des services de traitement en toxicomanie peuvent par exemple s'engager à assurer l'admission continue à leurs services de manière que les personnes à risque puissent y accéder plus facilement. Vu la conjoncture actuelle, je ne crois pas qu'il nous soit permis de concevoir de nouveaux programmes pour répondre à ce besoin précis, mais nous pouvons sûrement adapter les programmes existants en fonction notamment des particularités culturelles et du sexe des populations visées, de manière à mieux attirer les groupes cibles.

Aussi, je défie les autres organismes et professionnels d'abandonner leur concept traditionnel, à savoir que le traitement se fait en établissement, et qu'il correspond normalement à un programme d'au moins quatre à six semaines. Si rien n'est changé, l'admission demeurera toujours fonction du nombre de lits disponibles et nous serons restreints au mode de traitement le plus onéreux et le plus rigide. Bien que certains toxicomanes doivent

nécessairement être traités en établissement, de nombreux autres peuvent fort bien bénéficier d'un traitement intensif en externe.

c) L'entretien à la méthadone

L'efficacité de l'entretien à la méthadone comme moyen de gérer efficacement la dépendance aux narcotiques est clairement démontrée. Il s'agit là d'un bon moyen non seulement de combattre le VIH, mais d'amener les clients visés à mieux accepter la possibilité d'autres interventions de traitement et à rester en traitement. L'expérience nous a appris que l'entretien à la méthadone se prête très bien à une prestation concertée engageant les organismes oeuvrant en toxicomanie, les pharmaciens et les médecins de première ligne. Il s'agit là d'une excellente formule de réduction des méfaits, capable par surcroît de rendre aux individus affligés une vie normale et de minimiser les dangers qui les guettent. Il est clair que nous devrions continuer d'explorer les avantages d'une telle prestation puisqu'elle est rentable et permet de répondre efficacement aux besoins de prévention du VIH et du maintien en traitement des toxicomanes.

2. Mettre l'accent sur le principal intérêt public

a) La légalisation des stupéfiants

Voici de nouveau une question dont on parle souvent sans trop en définir les termes et qui suscite toujours un vif débat. Evitons d'ajouter au coût et aux conséquences de la légalisation de l'alcool, du tabac et des autres substances créatrices de dépendance. Faciliter l'accès aux drogues ne fera qu'ajouter à la croissance globale de leur consommation et de leurs conséquences. Mais cela ne signifie pas pour autant que nous devrions nous opposer aux mesures visant à décriminaliser la simple possession de ces drogues, précisément dans le but d'éviter de plus grands méfaits ou de plus graves conséquences que la possession même. Il est clair que ce débat politique se poursuivra sans conclusion pendant plusieurs décennies encore. Il reste néanmoins peu probable que le Canada procède un jour à la légalisation des stupéfiants sans que des mesures analogues n'aient d'abord été prises dans tout l'Amérique du Nord, sauf si nous sommes disposés, bien sûr, à faire du Canada ou de certaines de ses régions un paradis de la drogue. Une telle démarche irait à l'encontre d'une saine politique sociale, et il est donc peu probable que la société nord-américaine soit généralement disposée à endosser une telle option. En attendant, une tâche considérable nous attend, à savoir,

prévenir le VIH et aider les consommateurs de drogues par injection à se protéger et à se faire traiter.

b) La sensibilisation du public

Il est évident qu'un important secteur de la population se préoccupe peu de la menace du sida. Ces gens continuent toujours d'associer le sida à certains groupes de personnes, et non aux comportements à risque qui sont le fait des rapports sexuels non protégés ou de la consommation de drogues par injection. Les gens n'admettent pas d'office leur propre vulnérabilité. Cela est aussi vrai pour le consommateur de drogues par injection qui se croit intouchable, que pour l'ensemble de la société qui est pourtant plus vulnérable que ne le croit. Nous avons beaucoup à accomplir pour inculquer aux gens le sens de leur propre vulnérabilité et de développer chez eux la volonté de contribuer à la réduction des méfaits afin de protéger la santé publique. Comme les individus, le public en général ne sait mesurer sa propre vulnérabilité. Peut-être faudrait-il cesser d'axer notre action sur les comportements à risque des individus pour souligner plutôt les voies de transmission à la population en général, notamment par le commerce du sexe. Il conviendrait à ce propos d'attirer tout particulièrement l'attention sur les femmes partenaires de consommateurs de drogues par injection, les hommes bisexuels et les travailleurs de l'industrie du sexe en général, tant les hommes que les femmes. J'entends déjà crier à la discrimination, mais tel n'est pas mon intention! Les gens veilleront à pratiquer des rapports sexuels protégés et à s'injecter des drogues avec du matériel stérile dans la mesure seulement où ils auront compris toute leur vulnérabilité devant les voies de propagation du sida parmi la population en général.

Conclusion

Il est temps que nous cessions de nous laisser détourner de l'objectif ultime par d'éternels arguments qui somme toute éclairent peu la situation. Enfin, il est urgent que nous convenions de ce que nous pouvons accomplir ensemble. Et cela est impossible sans une évolution de la pensée. Il y a seulement cinq ans, l'idée de convaincre un seul centre de

services à joindre les consommateurs de drogues par injection au moyen de programmes d'échange de seringues nous paraissait un pas de géant. Aujourd'hui, nous savons que l'échange des seringues ne représente qu'une pièce normale de l'immense mosaïque de services qu'il convient d'offrir. Ce dont nous avons besoin, c'est de nous assurer les efforts cohésifs, soutenus et coordonnés d'un vaste éventail de secteurs, y compris les pharmacies locales, la police, les organismes de soins de santé et les organismes oeuvrant en toxicomanie. Cette démarche est essentielle si nous voulons pouvoir tenir compte des différents risques courus par les clients des deux sexes. Aucun intervenant ne possède à lui seul toutes les ressources nécessaires pour combattre le sida. Les organismes doivent s'unir et convenir d'une stratégie concertée à l'instar du projet-pilote Needleworks, à Edmonton [voir la communication de Hope Hunter]. Il s'agit là de beaucoup plus qu'un simple appel de coordination volontaire, de mise en commun des ressources, ou de création de comités inter-organisationnels. Il nous faut faire fi-ont commun, former un partenariat qui nous permettra d'appliquer une stratégie qu'il serait inconcevable de réaliser seuls. Si nous réussissons à négocier ensemble chacun de nos rôles à l'appui de la stratégie convenue, nous en récolterons des services à valeur ajoutée, une certaine autonomie, ainsi que le pouvoir nécessaires pour contribuer à la réalisation du but fixé.

En d'autres termes, aucune action valable ne sera possible si elle n'est collective, et nous ne pouvons agir collectivement sans avoir au préalable arrêté une stratégie commune. Il nous faut aller au-delà de la simple cause ou mission commune ou encore du simple intérêt mutuel. Il incombe de nous rallier autour d'une stratégie véhiculant un pouvoir d'action qui dépasse chacune de nos propres missions individuelles. Personne ne détient le monopole des soins, et le sida ne pourra être vaincu que par une action commune. Nous possédons les compétences nécessaires pour réussir, ce qu'il nous faut, c'est adopter une nouvelle attitude et créer un nouveau partenariat.

La politique sur les stupéfiants, la justice pénale et l'application des lois

Le droit pénal et les stupéfiants

Eugene Oscapella

Avocat, Ottawa

Membre fondateur, Fondation canadienne pour les politiques sur les drogues

Je vous entretiendrai aujourd'hui du droit pénal et des stupéfiants. Cela nous amène inéluctablement à examiner le rôle de la police dans l'application du droit pénal. Qu'il soit bien entendu que je n'ai nullement l'intention de critiquer la police. Les policiers exécutent des lois parfois impraticables que nous leur avons nous-mêmes imposées, par l'entremise de nos élus.

Mais j'encourage néanmoins la police à s'intégrer à la solution des problèmes actuels en faisant connaître la réalité, à savoir son impuissance, aussi bien intentionnée soit-elle, à régler le problème de la drogue que le droit pénal n'est point en mesure de résoudre et qu'il a d'ailleurs fortement contribué à empirer.

Mon propos vise tout simplement à dénoncer nos lois sur les stupéfiants, car ces lois qui interdisent la possession, la vente et la distribution de certaines substances psychotropes, constituent la plus grande honte de l'histoire de la justice pénale au 20^e siècle. Elles constituent une application tout à fait impropre du droit pénal. Elles causent davantage de méfaits qu'elles l'en préviennent. Elles sont sources de véritables chasses aux sorcières; elles ne sont que pur McCarthyisme. Le droit pénal de demain ne pourra que souffrir du prolongement de telles interdictions.

Au Canada, l'interdiction des stupéfiants a officiellement pris forme avec la Loi sur l'opium proposée par Mackenzie King, en 1908. Au fil des décennies suivantes vinrent s'y ajouter un train de mesures de plus en plus répressives et irrationnelles qui ne fixent que très peu pour stopper la consommation des drogues visées. Au contraire, elles augmentèrent la rentabilité et la violence associées au commerce de la drogue et nourrirent les conceptions erronées quant aux effets de la consommation des stupéfiants.

Ces mêmes mesures ont aussi fait de ceux et celles qui avaient eu le malheur de choisir le «mauvais» produit c'est-à-dire la marijuana, l'héroïne ou la cocaïne, plutôt que l'alcool, la nicotine ou les drogues de prescription, des êtres stigmatisés, aliénés, diffamés, et pourchassés. En fait ces lois ont non seulement restreint les libertés civiles des consommateurs de drogues, mais celles aussi de tous les Canadiens.¹

Plutôt que d'adopter une attitude de tolérance comme il convient à une société démocratique, le Canada, par ses lois sur les stupéfiants, a fait de centaines de milliers de citoyens autrement respectueux de l'autorité de purs criminels qu'il a incarcérés à cause de leur association avec la drogue. Pour la seule année 1989-1990, 3 137 personnes en Ontario ont été incarcérées dans les prisons provinciales pour infraction en matière de drogue. Dans les trois années qui ont précédé 1990, le pourcentage des incarcérations imputables à ce genre d'infraction en Ontario est passé de quatre à sept pour cent. Sur le plan fédéral, le pourcentage des détenus incarcérés en vertu de la Loi sur les stupéfiants est passé de neuf à quatorze pour cent entre 1986 et 1990.² Parmi les nombreuses failles de la prohibition, notons l'emprisonnement qui représente une véritable aberration financière dont l'économie canadienne déjà assiégée n'a pas les moyens.³

La prohibition a encouragé la distribution et la consommation de drogues plus puissantes et l'adoption de modes d'administration plus dangereux. Les consommateurs n'ont aucune garantie de la qualité du produit. Par conséquent, bon nombre d'entre eux mourront ou deviendront handicapés, surtout les jeunes et les novices. C'est aujourd'hui l'histoire de la prohibition américaine de l'alcool au cours des années 20 (et d'une tentative analogue de freiner l'accès à la vodka en Union soviétique vers le milieu des années

80) qui se répète, à l'exception cette fois qu'il s'agit de drogues adultérées ou de force inconnue.⁴

Plutôt que de concevoir des politiques aptes à minimiser les méfaits associés à l'usage de toutes les substances psychotropes, le Canada a, sans aucune logique, créé un marché noir pour plusieurs de ces substances. En ce faisant, il a confié des milliards de dollars à ceux qui profitaient de la prohibition et qui étaient disposés à la violence pour parvenir à leurs fins. De plus, le soutien actif qu'accorde le Canada à la prohibition déstabilise à la fois les pays en voie de développement et les fragiles Etats nés de l'ancienne Union soviétique et du Bloc de l'est.

Les lois sur les stupéfiants et les politiques de la justice pénale actuellement en vigueur peuvent, malgré leur bonne intention de départ, sensiblement contribuer à accroître la probabilité que les consommateurs de drogues contractent le VIH et qu'ils mettent à leur tour le reste de la société en péril.

De fait, ces lois et politiques peuvent accroître le risque d'infection au VIH de plusieurs façons :

1. En interdisant certaines substances, notamment l'héroïne et la cocaïne, nos lois encouragent les consommateurs de drogues à adopter des modes d'administration plus efficaces, dont souvent l'injection.

Plusieurs raisons expliquent ce phénomène.

Premièrement, les drogues illicites coûtent si cher que leurs consommateurs veulent en tirer le maximum. Ils préfèrent donc s'injecter le produit plutôt que de le prendre oralement, par exemple. Deuxièmement, puisqu'elles sont illégales, les consommateurs veilleront à en garder aussi peu que possible sur eux, afin de ne pas de se faire repérer ou encore de minimiser la peine dont ils sont passibles en cas d'arrestation. Aussi, l'importance de ne garder que d'infimes quantités amène les consommateurs à recourir à des modes d'administration plus efficaces, dont souvent l'injection. Enfin, les lois sur les stupéfiants interdisent souvent les substituts qui pourraient être pris par voie buccale.

Pour toutes ces raisons, il est fréquent que les consommateurs choisissent de s'injecter certaines drogues et risquent ainsi, lorsqu'il y a partage des seringues, de contracter le VIH.

2. Par l'interdiction de certaines drogues, nos lois ont créé une culture de gens marginalisés, soit parce qu'elles en

ont fait des criminels en raison de leur consommation et, dans certains cas, parce qu'elles les ont écartés de leurs réseaux de soutien traditionnels. Certains toxicomanes partagent d'ailleurs les seringues dans un geste de solidarité. Et vu leur marginalisation et leur méfiance de l'autorité, il est peu facile de leur transmettre des messages les renseignant sur les pratiques d'injection sécuritaires ou le traitement des toxicomanies.

3. Par l'interdiction de certaines drogues, nos lois ont engendré une aversion à informer les consommateurs de drogues et les non-consommateurs des méthodes d'injection sécuritaires, par crainte d'encourager la consommation des drogues illicites. Ainsi donc, les consommateurs ignorants des dangers continuent de partager les seringues et demeurent vulnérables au sida.
4. Par l'interdiction de certaines drogues, nos lois ont suscité une vive opposition, chez certaines collectivités, aux programmes d'échange de seringues qui équivalent, aux yeux de plusieurs, à pardonner le vice de la drogue. Dans certaines villes, la répugnance des pharmaciens à vendre des seringues aux consommateurs de drogues a même entraîné une pénurie de seringues. De plus, certains responsables de programmes d'échange craignent d'être accusés de possession de drogue Ce cylindre de la seringue reçue en échange contenant un résidu de la drogue injectée).
5. Les drogues illicites coûtent si cher que de nombreux consommateurs, hommes, femmes, et adolescents, se prostituent pour entretenir leur habitude. Or si ces consommateurs ont des rapports sexuels non protégés (simplement parce que ça paie davantage et que ça leur permet d'acheter la drogue aux prix gonflés du marché noir), ils accroissent leur risque de contracter le VIH auprès d'un client séropositif et de contaminer à leur tour d'autres clients et l'ensemble de la collectivité.
6. Craignant d'être arrêtés pour possession de drogue (et aussi que leurs seringues soient retenues comme pièces à conviction), bon nombre des consommateurs de drogues refusent de posséder leurs propres seringues. Ils préfèrent fréquenter les piqueries, où drogues et seringues leur sont assurées, ce qui leur permet d'éviter toute arrestation pour possession de ces produits. Mais il arrive que les piqueries fournissent des seringues contaminées par le VIH.

7. En milieu carcéral, l'accroissement du risque d'infection au VIH occasionné par l'interdiction de certaines drogues se manifeste de plusieurs façons

- les lois sont telles que les consommateurs de drogues sont incarcérés dans un milieu à risque élevé, où ils continuent de consommer, mais où ils n'ont que très peu de moyens, sinon aucun, de se prémunir contre le VIH.
- les condoms sont disponibles depuis peu de temps seulement, mais pas encore dans tous les établissements canadiens. Les autorités craignent notamment qu'ils servent à cacher des drogues illicites. Les détenus pratiquent ainsi des activités sexuelles à hauts risques, entièrement démunis de toute protection.
- les trousseaux de désinfection à l'eau de javel sont souvent défaut car on craint qu'elles ne soient perçues comme l'approbation tacite d'une activité illégale.
- l'accès aux seringues stériles est interdit car on craint que cela ne soit perçu comme l'approbation tacite d'une activité illégale.
- les tentatives visant à informer les détenus de l'usage sécuritaire des drogues ont été restreintes, par crainte qu'elles ne soient perçues comme l'approbation tacite d'une activité illégale.
- les programmes de dépistage des drogues risquent d'inciter les détenus à abandonner les drogues délectables longtemps après leur consommation (telle la marijuana) en faveur d'autres, délectables pendant un maximum de quelques jours seulement (telles l'héroïne et la cocaïne). Dans une telle situation, les consommateurs préféreront sans doute s'injecter des drogues plutôt qu'en fumer. La totale inaccessibilité aux seringues stériles multiplie le risque d'infection au VIH.

On peut facilement soutenir que les programmes de dépistage des drogues en milieu carcéral découlent directement de la criminalisation de certaines drogues et que si ces drogues n'avaient pas été proscrites, de tels programmes n'auraient sans doute jamais vu le jour.

8. Nos lois entretiennent une idée reçue qui est vivement anti-consommation et anti-consommateurs de drogues : «s'ils veulent consommer des drogues, laissez-les crever». Il est difficile, dans un tel climat d'esprit, de convaincre les citoyens de se souder de ceux d'entre eux qui sont consommateurs de drogues.

Cette «sagesse conventionnelles» nous est dictée non pas par notre voix intérieure, mais par la simple existence d'une loi qui condamne certaines actions.

- nos lois sur les drogues ont amené nombre de nos concitoyens à croire erronément que les consommateurs de drogues se fichent de leur propre sort. «S'il est vrai que les consommateurs de drogues se fichent de leur propre sort, pourquoi la société devrait-elle s'efforcer alors de stopper la montée du sida chez ceux qui se piquent?»

Les solutions de remplacement

De nombreuses personnes ont soutenu qu'il serait possible de réduire sensiblement le risque d'infection au VIH en modifiant les lois qui interdisent les drogues.

Ces personnes affirment qu'en voyant dans la consommation des drogues par injection un problème de santé plutôt qu'un problème de droit pénal :

- 1) nous cesserions, à force de loi, de marginaliser les toxicomanes et d'en faire des êtres isolés, méfiants de l'autorité, et difficiles à aider. Bref, il convient de traiter les consommateurs de drogues comme des êtres humains aux prises avec de nombreux problèmes au regard des substances et qui ont droit à un traitement humanitaire;
- 2) nous informerions la société des méfaits de la consommation des drogues par injection en toute franchise et ouverture d'esprit;
- 3) nous consacrerions les fonds disponibles à aider ceux qui veulent s'en sortir, plutôt qu'à les incarcérer dans des établissements déjà à hauts risques;
- 4) nous admettrions que des gens puissent s'injecter des drogues, et nous tenterions de leur procurer les outils nécessaires pour empêcher qu'ils se causent du tort, notamment en mettant à leur disposition des programmes d'échange de seringues, des trousseaux de désinfection à l'eau de javel, et des programmes d'information francs et honnêtes sur les pratiques d'injection sécuritaires. Ces mesures atteindraient aussi les détenus;
- 5) nous tenterions d'assurer que les toxicomanes puissent se procurer leurs drogues à des prix raisonnables et non aux prix exorbitants du marché noir, d'ailleurs encouragés par l'interdiction des

drogues par le droit pénal, empêchant ainsi qu'ils se tournent vers la prostitution pour entretenir leur habitude et contribuant par la même occasion à freiner la menace du sida;

- 6) nous reverrions entièrement le principe du dépistage des drogues, particulièrement en milieu carcéral, où son application risque d'accroître la propagation du sida.

Conclusion

Nos lois sur les stupéfiants ne sont peut-être pas à l'origine de l'épidémie du sida chez les consommateurs de drogues par injection, mais elles semblent être responsables en grande partie de son essor. Or nous n'avons plus les moyens de poursuivre cette approche futile et destructrice à l'égard de la consommation des drogues. Surtout, nous n'avons plus le droit de tolérer l'inhumanité de nos politiques et de nos lois actuelles qui gâchent la vie de nombreux Canadiens. Nous devons absolument empêcher que le VIH ne se propage parmi les consommateurs de drogues, même s'il nous faut pour cela recourir à des moyens jugés radicaux. Nous devons donc cesser de considérer les drogues comme un objet d'application de la loi et les voir plutôt comme un problème de santé et un problème social. Peu importe ses prétextes, le droit pénal tue; il tue des êtres humains, des êtres qui sont nos concitoyens, des êtres qui sont les enfants de nos concitoyens, peut-être le conjoint ou encore le parent de l'un d'entre eux.

Combien longtemps encore pouvons-nous, à titre de société soi-disant démocratique, nous permettre de perpétuer cette inhumanité à l'endroit de nos propres concitoyens? Nos actions à cet égard sont-elles le fait d'une démocratie ou d'un Etat totalitaire? Sont-elles véritablement le fait d'un pays qui commande par ailleurs le respect de la communauté internationale? Correspondent-elles à ce que nous désirons, en tant que peuple soucieux et réfléchi, que notre pays impose à ses citoyens?

Attendu que les lois fédérales actuelles interdisant certaines substances, et les politiques connexes, accroissent le risque d'infection au VIH, il conviendrait que le gouvernement fédéral procède à la refonte de ces lois de manière à prévenir tout risque inutile d'infection au VIH parmi les consommateurs de drogues par injection, leurs partenaires qui n'en consomment pas et leurs enfants.

Notes et bibliographie

1. Il n'y a qu'à rappeler par exemple l'histoire, au Canada, du droit d'effectuer des fouilles et des saisies, de recourir à des pièges et à la délation, d'inverser la charge de la preuve, d'imposer des peines minimales obligatoires, de pratiquer des fouilles rectales et des prises d'étranglement, d'exiger la déclaration de transactions comptant majeures et le dépistage des drogues, pour voir à quel point certaines libertés ont été écartées au nom de la lutte antidrogue.
2. Erickson, P. (Été, 1992). Recent trends in Canadian drug policy: The decline and resurgence of prohibitionism. *Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, 121(3), 239-267.
3. Et la sottise ne se termine pas avec le coût de l'emprisonnement (environ 50 000 \$ par année par personne dans un établissement fédéral) et la perte de ceux qui sont emprisonnés pour la min-d'oeuvre et leurs familles. Prenons, par exemple, le reportage d'une saisie de drogues paru dans le *Citizen* d'Ottawa du 28 novembre 1992. Vingt-et-un prétendus trafiquants et consommateurs de drogues ont été accusés lors d'une descente engageant une vingtaine de policiers. La valeur moyenne des drogues saisies (principalement haschich, marijuana et LSD) s'établissait à 50 \$. Ajoutez aux coûts de l'intervention policière celui de la poursuite (frais administratifs des tribunaux et valeur du temps consacré par la police, les procureurs, les travailleurs sociaux, et les juges, plus les frais éventuels de l'aide juridique aux accusés. Et bien sûr, la plupart de ces délinquants n'allaient pas être incarcérés.
4. Les récents décès par surdose à Vancouver (109 en 1992) attribuables à une héroïne d'une intense pureté pointent à la même conclusion, à savoir que l'interdiction contribue à augmenter le risque pour le consommateur de drogues en encourageant la distribution de substances de force inconnue.

La politique sur les stupéfiants, la justice pénale et l'application des lois

John Lindsay

Edmonton Police Service

A titre de policier engagé auprès de la collectivité, il m'apparaît important d'examiner et de revoir l'une des plus importantes questions sociales de notre époque. Je traiterai principalement des stratégies d'application des lois qui régissent les stupéfiants, avant d'aller plus loin, je tiens à préciser qu'il s'agit là d'abord d'une question de santé, d'une question politique et d'une question juridique. Comme vous l'avez déjà entendu, M. Oscapella a dépeint la situation d'une telle manière qui défie notre compréhension normale de l'application des lois. Or la police considère l'application positive d'une stratégie dynamique sur les stupéfiants comme l'une de ses responsabilités et de ses priorités. Laissez-moi vous expliquer pourquoi, en vous donnant un aperçu de l'expérience et de l'approche d'Edmonton.

Les policiers ont toujours eu comme mot d'ordre de ne pas trop se mêler au public. Les chefs de police disaient sur un modèle d'action réactive qui, au fil des ans, était favorisé par les progrès technologiques du secteur des transports et des communications. Munie de véhicules, de radios cellulaires, de téléphones, puis plus tard, d'ordinateurs, la police devait pouvoir réagir assez rapidement, croyait-on, pour capturer la plupart des criminels. Cela semblait logique. Mais le temps a prouvé le contraire. Les corps policiers s'étaient éloignés des gens qu'ils desservaient. Les installations policières avaient été centralisées, et les agents, qui ne travaillaient à peu près plus qu'à partir de leurs véhicules rencontraient les gens seulement lorsque les choses allaient mal. Il fallait donc redéfinir la structure et la culture policière.

La situation du corps policier d'Edmonton (Edmonton Police Service ou EPS) n'était pas différente. Edmonton est une ville de 625 000 habitants composée de plusieurs groupes culturels. Centenaire depuis 1992, Edmonton est la capitale de l'Alberta. La police d'Edmonton a également célébré son centenaire en 1992 et compte aujourd'hui 300 employés civils et plus de 1 100 agents assermentés. Et comme ce fut le cas pour de nombreux autres centres urbains, nous avons assisté, au cours des années 80, à la détérioration de notre système de prestation de services. Comment cela a-t-il pu se produire?

Conformément à la tradition policière en Amérique du Nord, le système de réponse de la police d'Edmonton réagissait essentiellement à l'incident et non au problème, et exclusivement en application des lois en vigueur et de la justice pénale. Je dirai ici que jamais la police ne prêterait une foi si aveugle en l'inefficacité des lois pour en reconnaître l'application comme solution ultime. Mais alors, que s'est-il donc passé? En juin 1990, la police d'Edmonton a décidé de changer sa manière de faire. Nous avons ainsi entrepris d'effectuer une «transplantation culturelle», c'est-à-dire de nous restructurer autour d'une stratégie d'action s'appuyant sur un rapprochement avec la collectivité.

L'activité policière traditionnelle misait sur la spécialisation et sur la centralisation. Or la recherche et l'expérience nous ont appris que cette approche créait une dépendance à l'égard de la fonction de l'unité, ceci au détriment de la mission générale de l'organisme. La spécialisation soutient l'efficacité avant l'efficacé. Nous devons inverser cet ordre. Pour ce faire, nous avons dû nous renouveler. Nous avons donc convenu d'un «processus de renouvellement» composé de quatre éléments majeurs :

- 1) la décentralisation;
- 2) la «désécialisation»;
- 3) l'appartenance;
- 4) la prestation révisée des services.

Nous comptons faire du policier généraliste la «principale force» de notre organisation. Et nous avons pour devise «Désécialiser et décentraliser là où c'est possible, spécialiser et centraliser là où c'est nécessaire». Mais avant tout nous avons besoin d'un mot d'ordre général.

Ce mot d'ordre devait servir l'objectif ultime du corps tout entier. Etre d'application universelle, vite compris, et convenir à chaque unité et personne. La police

d'Edmonton s'est ainsi engagée à être «attentive aux besoins de la collectivité».

En 1994, les stratégies sur les stupéfiants de la police d'Edmonton ont été façonnées par un sens du commandement qui exige de chaque détective de la brigade des stupéfiants :

- qu'il soit d'abord un agent de police, pas seulement un «narco»;
- qu'il respecte le mot d'ordre de l'organisation, c'est-à-dire-qu'il soit soucieux, dans son travail, d'être «attentif aux besoins de la collectivité»;
- qu'il intègre dans son travail l'art de résoudre les problèmes, plutôt que de simplement appliquer la loi.

Ces trois attentes sont aussi façonnées par notre objectif stratégique, qui vise à «faire d'Edmonton, la ville la plus sécuritaire au Canada». Vous pensez sans doute qu'il ne s'agit là que de belles théories et qu'en fait, rien n'a probablement vraiment changé, mais je vais vous démontrer que tel n'est pas le cas! De telles obligations peuvent entraîner une importante réforme, en permettant de redéfinir le travail des détectives et des enquêteurs en matière de stupéfiants. Je vous donnerai un peu plus loin quelques exemples illustrant comment nous avons concrétisé cette nouvelle approche au cours des années 92, 93 et 94, mais j'aimerais auparavant vous dire quelques mots sur les principes qui inspirent mon propre travail en tant qu'officier responsable de la Division des enquêtes criminelles. En ce qui concerne les stratégies en matière de stupéfiants, il y en a trois :

1. l'immédiateté;
2. la prohibition;
3. l'endigement.

Permettez-moi vous expliquer.

1. L'immédiateté

Le premier principe est l'immédiateté. J'entends par cela que mes préoccupations quotidiennes en tant qu'agent de police passent avant la réforme de la législation canadienne.

Comme vous le savez sans doute, plusieurs décès tragiques sont survenus dernièrement à Vancouver, parce que des toxicomanes avaient consommé de l'héroïne d'un taux de pureté de 80 à 90 %, soit d'une force considérablement

supérieure au taux de concentration usuel. Cette même qualité d'héroïne a maintenant fait son apparition à Edmonton, où heureusement, la police en a saisi une partie. Je ne veux pas spéculer sur ce qui aurait pu se passer si nous n'avions pas appliqué la loi dans ce cas. Mais dans ce genre de situations, je dois défendre la vie des consommateurs potentiels avec les moyens qui me sont donnés. Peut-on faire moins? je ne le crois pas.

A l'instar de tout autre grand centre urbain, Edmonton a sa part de problèmes de drogues. On sait que le trafic des stupéfiants, comme dans le cas de tout commerce, repose sur l'offre et la demande. Et les grands centres, de par leurs fortes populations, accusent une demande plus importante et plus concentrée. Il est d'ailleurs assez juste de dire qu'un pourcentage élevé des crimes et des problèmes sociaux qui affectent Edmonton sont d'une manière ou d'une autre reliés à la drogue : les gens sont toujours prêts à acheter de la drogue; ils en vendent pour supporter leurs propres toxicomanies, et ils en vendent aussi pour répondre à la perpétuelle demande des autres. Les familles, les amis et les employeurs de ces individus, ainsi que les collectivités dans lesquelles ils vivent, sont tous plus ou moins affectés par l'usage et le trafic de la drogue.

Le trafic organisé des stupéfiants et les nuisances de drogues fortifiées offrent deux exemples de problèmes qui ont entraîné des situations de risques immédiats pour notre collectivité. Dans le cas du trafic organisé, nous avons, au cours des deux dernières années, effectué plusieurs saisies de un kilogramme ou plus de cocaïne chez des criminels canadiens, grecs, iraniens, vietnamiens et chiliens. Ces énormes quantités de cocaïne présentent un danger considérable pour la santé et la sécurité de notre collectivité. En 1993, le corps policier d'Edmonton a saisi dans les rues de la ville plus de 16 kilogrammes de cocaïne, d'une valeur marchande de près de 1,7 million de dollars. Mais cela ne représentait qu'un peu plus du tiers des 4,2 millions de dollars des stupéfiants saisis dans cette ville. Un fait qui me trouble tout particulièrement est que, en 1993, on a constaté une hausse plutôt substantielle des saisies de drogues réellement dangereuses telles la cocaïne, le LSD et l'héroïne, contre une baisse des drogues plus douces, telles la marijuana, le haschich, le haschich liquide, et d'autres produits de la même catégorie. Il est évident que les risques directs augmentent pour nous tous.

Les maisons de drogues fortifiées et semi-fortifiées ont aussi proliféré au cours des deux dernières années. La plupart sont exploitées séparément et présentent peu

de similarités quant à leurs méthodes de fonctionnement. Notre enquête a cependant démontré qu'elles sont hautement organisées et qu'elles relèvent principalement de groupes asiatiques. Ces maisons, ainsi que les piqueries, enregistrent d'énormes profits, ce qui explique la montée de la violence qui se manifeste quotidiennement par des vols, des attaques à coups de couteau et mains armées, tous directement liés à ce genre d'exploitations.

Je ne peux pas me permettre de tenter des expériences d'action sociale dans de telles situations. Mais je suis prêt à reconnaître cependant que l'urgence de ces situations pour la collectivité et la police sont un bon exemple (comme l'a suggéré M. Oscapella) de là où devrait commencer la réforme législative. Toutefois, je n'irai pas jusqu'à suggérer que cette réforme décriminalise l'abus et le trafic des stupéfiants. Ceci m'amène au deuxième principe qui guide mon travail. Le premier était l'immédiateté, le deuxième est la prohibition.

2. La prohibition

De nombreux analystes des politiques sur les stupéfiants font remarquer que les Pays-Bas ont su intégrer une approche progressiste, libérale, et plus ouverte à leur stratégie nationale en matière de stupéfiants. Comparée à ce qui se fait en Amérique du Nord, cette stratégie surprend par son assouplissement de l'application des lois. Bien sûr, la police se doit d'approfondir notre connaissance de cette approche originale...et c'est exactement ce que nous avons essayé de faire il y a seize mois environ, lorsque mon prédécesseur à la Division des enquêtes criminelles, Al Buerger, s'est rendu à Amsterdam pour un mois dans le cadre d'un programme d'échange.

Je vais ici emprunter substantiellement à l'opinion et aux observations de Al Buerger, ainsi qu'à ses conclusions, que je partage. Il est très intéressant de comparer Amsterdam et Edmonton, puisqu'il s'agit de deux centres urbains de tailles à peu près identiques. Cependant, Amsterdam relève d'un régime de justice pénale différent du nôtre et compose avec une structure policière également différente—sa police municipale compte 3 800 membres, soit trois fois plus que la nôtre. Malgré tout, en 1991, Amsterdam a relevé au total quelque 115 000 crimes contre 117 000 à Edmonton. Au risque de paraître un peu trop simpliste, je crois que la force policière supplémentaire dont dispose Amsterdam par rapport à Edmonton a été embauchée en raison des politiques hollandaises sur les stupéfiants et sur la prostitution.

La politique nationale des Pays-Bas en matière de stupéfiants rejette l'application des lois comme stratégie antidrogue, sauf en ce qui concerne les échelons supérieurs du trafic de drogues dures. Elle juge que l'usage déviant des drogues est inévitable dans une société moderne. Elle croit par ailleurs que toute tentative musclée visant à supprimer l'usage de la drogue causera vraisemblablement des ravages sociaux plutôt que de prévenir ou de guérir le problème. Elle suppose que les programmes de réduction de l'approvisionnement engendreront un marché clandestin de stupéfiants qui sera agressif et la multiplication des consommateurs et des trafiquants mineurs.

Les Hollandais maintiennent une politique sur les stupéfiants que de nombreux pays européens ont généralement appliqué durant les années 60, mais abandonné depuis, et soutiennent que la criminalisation des drogues influe peu sur le contrôle de leur consommation et que le fait d'associer drogues et actes criminels crée davantage de problèmes qu'il n'en règle. Aux Pays-Bas, bien qu'il soit légalement criminel de posséder ou de faire le trafic de produits du cannabis, ou encore d'utiliser ou de posséder des drogues dures, les autorités ne poursuivent pas les toxicomanes trouvés en possession de drogues. La vente et la consommation des produits du cannabis sont ouvertement tolérées et par conséquent ignorées.

Les Hollandais soutiennent que cette politique a stabilisé l'usage de la drogue dans leur pays. Au Pays-Bas, le terme stabilisé revient d'ailleurs fréquemment dans les discussions, tout dépendant avec qui vous parlez ou quelle étude vous lisez. Mais la majorité de la population reconnaît que le problème de l'héroïnomanie s'amplifie considérablement, Amsterdam comptant à elle seule de 7 000 à 10 000 héroïnomanes. Le service d'échange d'aiguilles de cette ville distribue 350 000 aiguilles par mois. Un fait indéniable, c'est que cette politique a fait de la Hollande et de sa capitale un paradis pour toxicomanes et par ricochet sans doute, un centre d'incubation pour la propagation du sida.

De toute évidence, la politique hollandaise soulève de vives passions au sein de l'Europe. L'application relâchée des lois sur les stupéfiants à Amsterdam y a attiré de nombreuses cellules du crime organisé, faisant de cette ville le principal centre de distribution de

stupéfiants pour la majeure partie de l'Europe. A la défense d'Amsterdam, toutefois, précisons que la police municipale prend très au sérieux la distribution des drogues dures et mène une action considérable pour lutter contre ce phénomène. Malheureusement, la portée du crime organisé et l'étendue de la distribution des stupéfiants au sein même d'Amsterdam et à partir de cette ville rendent une telle lutte extrêmement difficile. Ainsi, pour des questions de priorité, toute l'activité policière est concentrée sur la distribution de l'héroïne, de la cocaïne et d'autres drogues dures. Cette situation cause d'énormes frustrations aux pays étrangers, lesquels voient des centaines de tonnes de produits du cannabis entrer dans leur pays après avoir transité par Amsterdam sans aucune vérification.

La population des Pays-Bas grandit dans une société où la vente et la consommation des produits du cannabis sont choses courantes. Les gens sont généralement fiers de leur politique et croient que c'est la meilleure. Ils sont convaincus qu'ils ont raison et que le reste du monde a tort. De toute façon, la réalité, c'est que, à chaque fois qu'il leur sera donné de choisir entre une livre d'héroïne et une cargaison de haschich, ils choisiront à coup sûr l'héroïne. C'est cette attitude qui a un impact sur les pays étrangers et qui frustre les autres corps policiers à travers le monde.

Mais l'acceptation de l'usage de la drogue constitue toujours un problème communautaire et considérée dans le contexte d'Edmonton, cette réalité ne peut être ignorée. Je sais qu'à son arrivée à Amsterdam, Al Buerger a été choqué par la présence écrasante de la culture de la drogue dans le centre-ville. L'odeur du cannabis est omniprésente. Des jeunes adultes du monde entier inondent le secteur, et la vente et la consommation y sont couramment pratiquées au vu et au su de tout le monde. Plus de 150 cafés y vendent du haschich et de la marihuana que l'on peut consommer sur place. Les pickpockets et les mendiants de tout acabit y abondent. On ne s'y cache pas pour chauffer son héroïne et se l'injecter. Mais les citoyens d'Amsterdam ferment normalement les yeux; ils ne vont que rarement au centre-ville, qu'ils ont cédé aux touristes et aux étrangers. Les Canadiens et les gens d'Edmonton ne sont pas prêts en général à un tel sacrifice.

Mais arrêtons nous un bref moment à une drogue en particulier, l'héroïne. La politique hollandaise concernant les héroïnomanes prévoit leur enregistrement et leur approvisionnement en substituts, qu'ils reçoivent sur ordonnance. Cette politique a pour but d'assurer que les

héroïnomanes soient considérés comme un problème médical plutôt que criminel. Cela semble fonctionner relativement bien, quoique l'on constate de graves inconvénients. Ces toxicomanes vendent souvent les médicaments reçus sur ordonnance, propageant ainsi leur dépendance. Ils ne mènent pas non plus une vie plus stable. Et enfin, bon nombre d'entre eux continuent de prendre l'héroïne en plus des substituts qui leur sont prescrits.

Les Hollandais croient qu'il est peu logique de remplir les prisons avec les victimes de la consommation excessive de drogues et de la toxicomanie, alors que les véritables criminels, soit les trafiquants et les profiteurs, continuent de courir en toute liberté. Une faute évidente de cette politique est que elle affermit le toxicomane dans sa dépendance, mais en lui prescrivant des doses d'entretien seulement. N'est-il pas préférable de tenter de libérer ces toxicomanes par des programmes d'abstinence? Selon Al Buerger, les policiers d'Amsterdam sont tout à fait réfractaires à cette idée. Ils prétendent que l'héroïnomanie est incurable, et qu'il est préférable d'entretenir la dépendance de façon à en réduire le plus possible les méfaits pour la société. C'est là, en fait, la politique hollandaise officielle. C'est comme s'ils avaient diagnostiqué tout un segment de leur société comme étant invalide et qu'ils contribuaient à entretenir cette invalidité par leur programme, sans leur offrir aucune alter-native véritable. Je trouve que c'est une situation extrêmement triste.

Pour ajouter à cette question, je dirai qu'en septembre 1992, la police de Rotterdam a présenté à la Ville une proposition l'invitant à distribuer aux héroïnomanes rien de moins que de l'héroïne, non pas ses substituts, dans un autre effort visant à réduire le crime associé à la drogue. Le porte-parole de la police a affirmé que celle-ci avait atteint la limite de ses capacités à s'occuper des problèmes collatéraux causés par les toxicomanes et les profiteurs. La police de Rotterdam a admis que si l'on augmentait la présence policière dans les zones visées de manière à être plus stricts avec les «junkies», le problème ne ferait que se déplacer ailleurs. Et comme la distribution de la méthadone ne semble pas porter fruit, la dernière solution est simplement de donner leur héroïne aux héroïnomanes.

Je crois que les problèmes d'Amsterdam et la solution de Rotterdam illustrent bien le dilemme hollandais causé par la politique voulant que l'abus de drogues et la prostitution ne soient que des phénomènes sociaux et non des crimes. Comptant une force policière trois

fois supérieures à la nôtre, qui n'arrêtent jamais les consommateurs de drogues et rarement les trafiquants, Amsterdam continue d'affecter de plus en plus ressources pour stopper la criminalité qui entoure les industries florissantes de la drogue et du sexe.

La toxicomanie est un problème si complexe et le commerce des stupéfiants est si difficile à empêcher, qu'il faut les attaquer simultanément à tous les niveaux. Cela comprend la production, le trafic, la consommation, et la distribution, tout autant que le recours aux lois, à la prévention, à l'éducation, au traitement et à la réadaptation. On ne peut pas rejeter ces stratégies, comme les Hollandais l'ont fait, et s'attendre au succès. C'est aussi vrai pour nous au Canada, et en Amérique du Nord, qui mettons trop l'accent sur l'application des lois. Aucune approche fragmentaire ne peut nous fournir une solution complète. Aussi aurons-nous sûrement plus de chances de marquer de réels progrès en combinant l'application des lois avec la prévention, l'éducation, le traitement et la réadaptation. Jamais, quant à moi, je n'échangerais la solution de la Hollande pour celle du Canada.

Je reviendrai maintenant au problème d'Edmonton. Le dernier des trois principes qui dictent mon travail dans ce domaine, c'est l'endigement.

3. L'endigement

Chaque policier sera probablement d'accord avec le fait que l'application seule de la loi fournit rarement, voire jamais, une solution à long terme et ce, à quelque égard que ce soit. Dans le contexte d'une action policière axée sur la collectivité qui valorise plus que jamais le succès, cette incapacité à pouvoir résoudre les problèmes par l'application de la loi constitue un sérieux désavantage. Pour cette raison, je considère l'action policière comme un moyen et non pas comme une fin; il faut endiguer le problème pendant que l'on s'occupe de trouver une solution à long terme et de l'appliquer avec succès. Laissez-moi vous expliquer par quelques exemples.

1. Les maisons de drogues fortifiées

Les médias de tout le pays ont largement attiré l'attention sur la multiplication des maisons de crack à Edmonton—soit des maisons de drogues fortifiées et semi-fortifiées et des piqueries, puisque le crack n'est pas actuellement un problème à Edmonton. La plus connue de ces maisons était en fait composée d'une série de bâtiments, appelée «la Forteresse» au coeur des vieux quartiers. «La Forteresse» est peut être le bâtiment criminel le plus fortifié au Canada.

Depuis l'assise du sous-sol jusqu'à une hauteur de 10' au-dessus du sol, le bâtiment est enchâssé dans du béton allant jusqu'à une dizaine de pouces d'épaisseur. Chaque fenêtre, y compris celles du troisième étage et du grenier, sont enchâssées dans des cadres d'acier fixées avec des boulons de 8 à 10" enfoncés soit dans du béton ou du bois massif. Les fenêtres mêmes se composent de quatre couches superposées en alternance de ½" de Texan—verre pare-balles—et de lamelles d'acier de 1". Les portes sont également enchâssées dans des cadres d'acier solide, et sont faites de multiples feuilles de contre-plaqué lourd de 1", chacune vissée sur l'autre avec des centaines de vis—pour atteindre une épaisseur totale de 6 à 10". Même les portes intérieures sont construites de cette façon.

L'accès à la Forteresse se fait par la porte arrière, et dès que le client est admis, la porte est immédiatement refermée par télécommande derrière lui et barrée, puis le client est enfermé dans une case isolée du reste de la maison. Tout ce que le client voit est une petite boîte métallique dans laquelle il dépose son argent, et qui disparaît dans le mur pour réapparaître avec sa «commande». Si le client est un habitué, il pourra être admis dans la maison pour se piquer.

Même en utilisant un équipement des plus moderne et des plus sophistiqué, la police a souvent mis trente minutes ou plus pour pénétrer dans la Forteresse. Il ne s'agit pas d'un bâtiment de construction standard. En fait, selon les inspecteurs immobiliers de la Ville, les fortifications sont suffisamment solides pour supporter un immeuble de quinze étages.

Nous devons aussi nous rappeler que les exploitants de la Forteresse l'avait délibérément installée tout juste à côté de la collectivité la plus démunie d'Edmonton et qu'ils ont fait, pendant des années, leurs proies des plus pauvres des pauvres, des prostitués et des sans abri. Le maître de la Forteresse était convaincu qu'il pouvait faire fi du reste de la collectivité, ainsi que de nos sensibilités juridiques et sociales, et faire exactement comme bon lui semblait en toute impunité. Il a vendu de la drogue, encouragé de graves abus de drogues et attiré les prostituées de la rue pour qu'elles travaillent dans les alentours de la Forteresse. Il était devenu courant de voir seringues et condoms jetés çà et là dans tout le quartier. Même si plusieurs tentatives avaient déjà été faites au fil des ans pour sévir légalement contre l'exploitant et la Forteresse, elles n'ont connu qu'un succès limité. Mais en réponse au sentiment d'outrage croissant des autres membres de la collectivité, la police d'Edmonton a entrepris, à

l'automne 1992, une intense campagne qu'elle a menée avec persistance et sans relâche contre la Forteresse. Aujourd'hui, l'exploitant est en prison, et la Forteresse est fermée. Je considère ce dénouement comme un grand succès, et comme un immense service à la collectivité de la part de la police.

Il existe plusieurs autres maisons fortifiées et semi-fortifiées à Edmonton, mais aucune aussi bien fortifiée ou aussi connue que la Forteresse. Pendant plusieurs mois, un détachement spécial de la police s'est attaché à ce genre de bâtiments, plus de deux bonnes douzaines d'adresses distinctes, afin de les identifier, de les pénétrer et d'y appliquer les lois canadiennes. Durant les deux derniers mois de 1993, 113 personnes ont été arrêtées en rapport avec ces enquêtes, et 288 accusations ont été portées. Cette opération nous a permis d'acquérir de nombreux renseignements précieux et une excellente expérience qui nous a donné l'occasion de fermer bon nombre de ces nuisons. Il y a eu cependant deux cas remarquables, pour lesquels on a trouvé des solutions à long terme :

- l'une de ces maisons a été fermée après une concertation avec la commission de la Santé, qui a émis une ordonnance de condamnation des lieux parce que déclarés inhabitables;
- une autre de ces maisons a été condamnée par la Direction générale des inspections immobilières et de la planification parce que jugée non sécuritaire.

Dans les deux cas, nous avons misé sur l'art de résoudre les problèmes en combinaison avec l'application de la loi. Nous avons appris qu'il nous est impossible d'agir seuls, et nous, la police, devons obtenir l'engagement d'autres intéressés et des dirigeants politiques. Le conseiller municipal Leroy Chanley, qui est un ancien chef de police, s'est fait le champion d'une politique et d'un projet législatif, à l'Hôtel de Ville, qui fait de chaque employé de la ville d'Edmonton un opposant à la criminalité. C'est aussi là le droit et le devoir de tout citoyen.

2. Le parc de la Maison Beaverhill

L'endiguement par l'application de la loi, voilà encore l'approche utilisée par la police d'Edmonton pendant les dernières six années, au parc de la Maison Beaverhill situé dans le centre-ville. Pendant toute cette période, le parc n'était ni plus ni moins qu'une «station-service où l'on pouvait se procurer tout le nécessaire pour se défoncer». La police a souvent préparé une action contre les profiteurs de ces lieux, mais à cause de l'aménagement du parc, elle n'a jamais pu résoudre le problème, ni même déloger les

trafiquants. Nous avons tout essayé, tout ce qui pouvait présenter une petite chance, même d'y faire jouer de la musique classique dans l'espoir de décourager les vendeurs qui y travaillaient.

A la fin, nous avons pu obtenir la pleine coopération du Service des parcs et des loisirs de la Ville, qui a investi des sommes considérables pour aplanir le parc et le réaménager en intégrant des allées d'observation, de manière à y empêcher toute activité illicite. Eh oui, la conception environnementale fait maintenant partie du répertoire des compétences de la police, du moins celle d'Edmonton! Mais la leçon à retirer de tout cela est que toutes les solutions que nous avons tentées exigeaient un certain temps d'attente avant qu'elles ne puissent aboutir...et dans tous les cas, l'application de la loi a permis dans l'intervalle d'endiguer le problème. Dans le cas du parc, la solution a exigé un temps et un lobbying considérables. On peut dire alors que dans une mesure qui n'est pas à négliger, la résolution du problème par une association de l'activité policière et d'une recherche de solution à long terme a permis de régler par ricochet un autre vieux problème qui rongait le cœur du centre-ville d'Edmonton. Comme les hommes d'affaires de l'avenue Jasper me l'ont maintes fois répété, cette opération a considérablement amélioré la qualité de vie des citoyens d'Edmonton.

Conclusion

Tout en vous expliquant l'importance de l'immédiateté, de la prohibition et de l'endiguement dans la stratégie d'application des lois par la Police d'Edmonton, je vous ai aussi parlé de notre engagement à axer les initiatives policières sur la collectivité et sur la résolution des problèmes. En parlant des Pays-Bas, j'ai aussi fait allusion au danger d'adopter une approche fragmentaire, c'est-à-dire qui se limite soit à l'application de la loi, soit à la décriminalisation. Reconnaissant ce danger, la police d'Edmonton s'est fermement engagée à faire de la sensibilisation en ce qui concerne la prévention en matière de drogues, engagement que nous avons respecté en l'intégrant pleinement au travail quotidien de l'escouade antidrogue par la formation et la nomination d'un spécialiste «DARE» (Drug Abuse Resistance Education). En 1993, la brigade des stupéfiants a terminé 451 enquêtes par une mise en accusation mais plus de 550 présentations «DARE» ont été effectuées durant la même période. Ce dernier élément fondamental fait partie intégrante de notre stratégie antidrogue. Son utilité n'est plus à prouver.

La prévention, le traitement et les soins : problèmes et lacunes

Prévalence, incidence et facteurs de risque pour le VIH chez les toxicomanes utilisant des drogues injectables

Julie Bruneau

Hôpital Saint-Luc, Montréal

Introduction

L'usage de drogues par injection est maintenant largement reconnu comme l'une des routes majeures pour la transmission du VIH. Pourtant, au Canada et au Québec, les statistiques sont apparemment rassurantes à ce sujet puisque le nombre de cas de SIDA reliés à l'usage illicite de drogues demeure faible comparativement à d'autres pays. Ce phénomène peut s'expliquer à la fois par la longue période d'incubation qui caractérise le SIDA et par l'introduction plus tardive du VIH chez les usagers de drogue par injection (UDIs) du pays. Au Canada, depuis 1985, plusieurs études de prévalence ont été menées chez les UDIs. À Montréal, la prévalence a varié de 4.8 % à près de 20 % dépendant de la période et des sous-populations étudiées. À Toronto, des taux de prévalence de 1.0 % et de 5.7 % ont été rapportés alors qu'à Winnipeg et Vancouver ceux-ci étaient respectivement de 2.3 % et 3.0 %. Ces données montrent que le virus VIH circule à des degrés divers parmi diverses populations d'UDIs au Canada.

Notre équipe de recherche s'intéresse à ce problème important de santé publique depuis le milieu des années 80. Nous vous présentons ici un sommaire des résultats obtenus jusqu'à ce jour, et discuterons des implications en matière de santé publique, de développement de services, particulièrement en ce qui a trait à la pratique médicale.

Population étudiée

Ce projet en marche depuis septembre 1988, est solidement implanté dans la communauté. Les sources de recrutement sont variées : 33 % à l'Unité de Désintoxication de l'Hôpital Saint-Luc, 6 % dans des centres de traitement, 42 % via le bouche à oreille et 19 % de sources diverses (principalement des refuges et des organismes communautaires). Pour l'ensemble des 1167 UDIs recrutés de septembre 1988 à septembre 1993, 634 (54 %) se disent en processus de traitement pour leur toxicomanie au moment du recrutement (TUDIs) contre 533 (46 %) qui ne le sont pas (SUDIs). Depuis l'implantation de programmes d'échange à Montréal en juillet 1989, 49 % rapportent être en traitement de désintoxication au moment de l'entrée; 54 % rapportent être allés dans un programme d'échanges de seringues dans les 6 mois précédant le recrutement et 17 % disent n'aller ni en traitement, ni dans les programmes d'échanges.

Des 987 UDIs recrutés de septembre 1988 à février 1993, 775 (78 %) sont des hommes et 212 (22 %) sont des femmes. La moyenne d'âge est de 31.9 ans (médiane : 31.6, intervalle : 16.2-62.4). Le nombre moyen d'années d'injection de drogues est de 9.2 (médiane : 7.2, intervalle. 0.03-47). Les données socio-démographiques sont éloquentes : 88 % sont sans emploi, 46 % rapportent un revenu légal de moins de \$10,000, 45.7 % ont déjà fait une tentative de suicide et 16.3 % des hommes et 51 % des femmes rapportent avoir déjà fait de la prostitution. Chez 69 % des UDIs la drogue de choix est la cocaïne, 91 % ont déjà partagé leur équipement d'injection au moins une fois au cours des 6 mois précédant le recrutement, 39 % connaissent une

personne séropositive et 18 % ont fréquenté une piquerie. Pour 70 % des UDIs la raison évoquée du partage est l'absence de matériel propre au moment où ils sont prêts à s'injecter.

Nous recrutons donc des UDIs cocaïnomanes en majorité et présentant des habitudes d'injection de longue date. La plupart ne sont pas impliqués dans des processus de changements à long terme (thérapies, maintien de méthadone). Nous recrutons aussi des UDIs fréquentant des programmes d'échange, et des UDIs qui ne sont rejoints par aucun autre programme. Ces deux derniers groupes présentent une séroprévalence et séroincidence plus élevées.

Fonctionnement

Les participants sont rencontrés par une infirmière de recherche. Après avoir signé un consentement et avoir été informés à propos du test VIH, les participants répondent à un questionnaire d'une durée de 60 minutes et un échantillon de sang est prélevé pour les analyses sérologiques. Les participants sont par la suite informés sur les risques de la transmission du VIH. L'infirmière répond à leurs questions et des dépliants leur sont disponibles. Les sujets sont revus après 3 mois, puis aux 6 mois. Ils reçoivent \$10. à chaque visite.

Les épreuves sérologiques sont les suivantes : anticorps VIH-1 et VIH-1-2, anticorps HTLV-I-II et anticorps anti-HBc.

Prévalence du VIH chez les UDIs et facteurs de risque

Nous nous sommes intéressés aux facteurs de risque associés à la transmission du VIH chez les UDIs. Les données descriptives de la prévalence sont analysées à partir d'un échantillonnage de 987 UDIs recrutés à Montréal de septembre 1988 à février 1993. Nous avons cherché à mieux décrire deux populations d'UDIs : les TUDIs (qui déclarent être en traitement au moment de l'entrevue initiale, et les SUDIs (non en traitement).

La prévalence globale est de 11.4 % (IC 95 % : 9.6-13.6) avec 8 % chez les TUDIs (IC 95 % : 6.2-10.8) et 16 % pour les SUDIs (IC 95 % : 12.5-19.3) ($p < 0.001$, Chi carré). Les SUDIs comparativement aux TUDIs présentaient les caractéristiques suivantes : une proportion plus élevée d'hommes, moins de scolarité, un revenu légal plus faible, moins de support familial, plus de solitude, plus de

chômage, plus d'usage de cocaïne, plus de partage d'équipement, plus de connaissances de personnes infectées par le VIH et enfin, plus de séjours en prison. Par régression logistique, les facteurs indépendants retrouvés pour les TUDIs étaient : prostitution (ORm=3.77, IC 95 % : 1.30-4.41), des antécédents d'emprisonnement (ORm=3.11, IC 95 % : 1.40-6.93), le partage de seringues avec une personne séropositive pour le VIH (ORm=3.09, IC 95 % : 1.63-8.74). Pour les SUDIs, les facteurs déterminants étaient : le partage de seringues avec une personne séropositive (ORm=3.23, IC 95 % : 1.49-7.02), l'orientation homo/bisexuelle (ORm=2.70, IC 95 % : 1.32-5.52), la prostitution (ORm=2.39, IC 95 % : 1.30-4.41) et des connaissances de personnes séropositives (ORm=1.83, IC 95 % : 1.00-3.35).

Nous avons aussi procédé à une analyse descriptive des UDIs prostitués. Ces données nous ont permis d'identifier que les hommes se prostituant constituent un sous-groupe particulier présentant des comportements risqués pour la transmission du VIH.

Les UDIs et les programmes d'échanges

CACTUS, le premier programme d'échanges de seringues à ouvrir ses portes à Montréal, est en opération depuis juillet 1989. Aussi, l'analyse porte sur les sujets entrés dans l'étude entre septembre 1989 et février 1993. Des 850 sujets, 457 (54 %) avaient fréquenté un programme d'échanges (UPEs). Les UPEs ont une séroprévalence de 18.2 % comparativement à 5.6 % pour les non-utilisateurs ($p < 0.001$, Chi carré). Les UPEs sont plus âgés, ont un revenu moindre et ont moins de support social. Ils fréquentent plus les piqueries et connaissent plus de personnes séropositives. De plus, ils rapportent plus de partage avec celles-ci. Les hommes UPEs sont plus souvent impliqués dans des activités de prostitution. De plus, les UPEs montrent une séroincidence de 11.6 % (IC 95 % : 8.5-15.6) comparativement à 3.5 % (IC 95 % : 1.9-6.1) ($p < 0.001$, Log-rank test). Dans le programme d'échanges de CACTUS, une incidence de 13 % durant l'année 1990 et de 15.3 % en 1991 a été rapportée chez les UDIs fréquentant le programme.

Ces données suggèrent que l'utilisation d'un programme d'échange chez les UDIs est un marqueur, indicateur de personnes présentant un cumul de facteurs et des comportements les plaçant à risque pour l'acquisition du VIH. Ces chiffres ne mesurent en rien l'efficacité des programmes d'échanges, mais semblent

indiquer que ces programmes, implantés relativement tard dans l'épidémie, rejoignent des UDIs particulièrement à risque. En corollaire, d'autres populations d'UDIs où le VIH circule ne sont pas rejointes actuellement par ces programmes.

Incidence du VIH chez les UDIs

Depuis le début de nos travaux, nous nous sommes efforcés de créer une cohorte ouverte, dynamique et adaptée à la clientèle afin de mesurer la séroincidence de l'infection VIH. Dans un premier temps, nous avons cherché à établir des corrélations entre les taux et les éléments du questionnaire d'entrevue initiale.

De septembre 1988 à février 1993, parmi 608 participants séronégatifs, nous avons observé 55 conversions. Le nombre de personne-années s'élève à 874 pour une incidence cumulative pour 100 personne-années de 6.3 (IC 95 % : 4.7-8.2). Les résultats après 12, 24 et 36 mois de suivi sont de 7.2 %, 11.5 % et 19.1 %. Le taux de séroconversion observé est plus grand durant la première année du suivi.

Enfin, globalement, les résultats de nos travaux, ainsi que ceux obtenus par d'autres équipes nous indiquent que le VIH circule activement chez les UDIs à Montréal. Diverses sous-populations d'UDIs avec leurs propres caractéristiques sont maintenant identifiables. Les UDIs recrutés directement de la rue sont particulièrement touchés. Ces données sont inquiétantes car la transmission survient malgré une information adéquate des UDIs et la fréquentation de programmes d'échange de seringues.

Implications pour la santé publique et la pratique médicale

A partir de ces résultats, nous pouvons bonifier ces données quantitatives, et par le fait même limitées et sans nuances, par ce que nous avons appris des toxicomanes en les côtoyant comme cliniciens. Cet exercice nous amène à un certain nombre de réflexions.

Nous et les UDIs

Notre système de santé permet théoriquement le libre accès aux soins de santé à tous. Qu'en est-il de cet accès pour les UDIs?

Les UDIs sont plus ou moins bienvenus dans notre système de santé. Ils sont souvent peu dociles comme patients. Hospitalisés, ils partent souvent avant leur congé médical (refus de traitement), non sans avoir présenté des comportements agressifs, avoir consommé des drogues et avoir créé des discordes au sein des équipes soignantes. Ils sont presque par définition impliqués dans des activités illégales.

Par ailleurs, les UDIs entretiennent aussi des préjugés à l'endroit des services de santé et les médecins. Selon les UDIs, nous sommes aussi peu compréhensifs devant leurs problèmes spécifiques. Nous ne savons pas comment traiter les sevrages et sommes réticents à les soulager de leurs douleurs. Les UDIs se sentent méprisés et incompris. Ils ont peur de nous, car entre nos mains, ils risquent de souffrir. Les médecins et les infirmières sont aussi vus comme des alliés des forces de répression. L'hôpital est perçu comme un environnement définitivement hostile. Malgré ce stéréotype, plusieurs UDIs sont encore socialement intégrés, travaillent et peuvent encore compter sur un environnement familial structuré.

Voyons les choses d'un autre angle. Nous avons la chance de pouvoir offrir des services de santé à tous ceux qui le demandent. Ce que nous indique les données de la recherche, c'est que ceux qui sont les plus difficiles et les plus apeurés de nos services, ceux qui ne viennent voir les professionnels que s'ils sont vraiment mal pris, sont ceux qui ont et auront le plus besoin de nos soins de santé. Il y a aussi ceux qu'on ne pourra pas rejoindre autrement que lorsqu'ils seront malades. Donc, tout porte à croire que nous avons, en tant que médecin, un rôle majeur dans la prévention, le traitement, et l'aide à ces personnes. On ne peut pas attendre que tous les toxicomanes qui vont dans les programmes d'échange veulent cesser et cessent de consommer. On peut développer des stratégies "étapistes", axées sur la réduction des méfaits, la prise de conscience et éventuellement la réadaptation.

Oui, mais comment? Infidélité aux rendez-vous, déménagements fréquents, état d'intoxication lors des rencontres, infidélité aux traitements—surtout chez les non sevrés—voilà à quoi est confronté le professionnel de la santé qui traite un toxicomane sur une base ambulatoire.

Dans le passé, les interactions entre les soins de santé et les UDIs étaient relativement limités. Tant qu'ils ne voulaient pas arrêter de consommer, on pensait ne pas

avoir grand chose à leur offrir. En fait, même avant l'épidémie du VIH, cette idéologie était fortement remise en question. L'idée d'attendre que les personnes atteignent leur bas fond, et soient prêtes à tout pour s'en sortir par l'abstinence, ne correspond pas toujours à des objectifs de qualité de vie et de soins de santé. Quoiqu'il en soit les personnes toxicomanes infectées par le VIH, ou par les virus de l'hépatite, ou malades pour d'autres raisons, font

partie de la population que nous avons à desservir et à soigner.

Nous avons élaboré un projet de clinique sans rendez-vous pour les toxicomanes. Cette clinique, après un an, en est à la phase d'implantation, et nous espérons qu'elle saura répondre à ces besoins.

La prévention le traitement et les soins : problèmes et lacunes

Guy Milner

Southern Alberta HIV Clinic

Foothills Hospital

Dans le présent document, je m'attacherai à ce qu'il y aurait lieu d'ajouter au Plan d'action national en ce qui concerne le sida et la consommation de drogues.

1. Pour ce qui est des mesures de prévention, je propose que nous adoptions une démarche intégrée et ajoutions l'énoncé suivant au Plan national «pour prévenir l'infection au VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, nous avons besoin d'outils qui aideront notre société à passer d'une position de non-acceptation à une position d'acceptation de la diversité». L'un de ses outils est la loi. Pour assurer la protection des droits de la personne, aux niveaux fédéral et provincial, les deux paliers de gouvernement devront bannir la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle. Les partenaires de même sexe devraient être reconnus comme tels devant la loi. Ne pas le faire favorise la persécution, la haine de soi et la solitude qui peuvent être des facteurs pour continuer ou accroître la consommation d'alcool et de drogues et adopter des comportements sexuels à risque élevé.
2. Nous avons aussi besoin de leaders qui favorisent l'acceptation de la diversité. En Alberta, l'an dernier, un ministre du Cabinet a ordonné à la Commission des droits de la personne d'arrêter d'enquêter sur les plaintes faites pour des motifs liés à l'orientation sexuelle.
3. Dans le document actuel du Comité consultatif national sur le sida et, dans une moindre mesure, à la conférence, je perçois un parti-pris évident pour la prévention de l'infection primaire. Bien que cet objectif soit fort louable, je tiens à rappeler qu'il n'est pas nécessairement réaliste car bon nombre d'entre nous intervenons auprès de personnes infectées et sommes confrontés à des problèmes liés aux drogues et à l'alcool. J'aimerais que le document reconnaisse que nous sommes également concernés par la prévention des infections secondaires, c'est-à-dire que nous travaillons avec des personnes séropositives afin qu'elles apprennent ou adoptent des comportements qui

réduiront ou préviendront les possibilités qu'elles en infectent d'autres. Nous devrions peut-être ajouter au plan un chapitre intitulé «Comment prévenir les infections secondaires».

4. Pour nous, conseillers de première ligne et bénévoles auprès des personnes séropositives, des services de consultation sur les toxicomanies sont nécessaires. Ils nous assureront des liens solides avec des professionnels lorsque nous sommes confrontés à des cas difficiles et feront en sorte que nous pourrions planifier ensemble les programmes communautaires. En effet souvent nos cas difficiles hésitent à se mettre en rapport avec les institutions officielles de traitement des toxicomanies. Ils vont plutôt voir les intervenants de première ligne dans les organismes qui dispensent des soins aux personnes infectées par le VIH. Si ces intervenants doivent fournir le traitement, ils doivent avoir accès à des experts pour obtenir du soutien au besoin. Je fonde ma proposition sur le modèle du service de consultants en psychiatrie que je connais, où il est prévu que les traitements et les soins sont dispensés hors du milieu hospitalier et que les intervenants communautaires ont l'appui des services de psychiatrie au besoin.

Ce lien entre les intervenants de première ligne et les institutions officielles peut aussi servir d'étape intermédiaire cruciale pour ceux qui veulent faire traiter leur toxicomanie. J'ai souvent constaté que la démarche vers l'institution officielle représentait un trop grand pas à franchir. Pour que nous remplissions ce rôle adéquatement, la formation permanente des intervenants de première ligne par le personnel qui traite les toxicomanies nous aidera à mieux nous acquitter de notre rôle tout en facilitant et en appuyant l'aiguillage des cas qui en ont besoin vers les programmes de traitement.

Un dernier avantage du lien décrit ci-dessus est que nous possédons la connaissance approfondie qui permettra d'améliorer les approches de traitement traditionnelles. Nous pouvons témoigner du

pouvoir des soins, qui sont des outils de survie cruciaux, et des progrès réalisés dans les soins et le traitement du VIH et la recherche sur le virus.

5. Avec des personnes ayant un handicap cognitif à cause du syndrome démentiel lié à l'infection du VIH exacerbé par la consommation d'alcool et de drogues, nous avons besoin d'un solide travail d'équipe et de la collaboration de tous les participants. Souvent, ces personnes infectées ne sont pas de bons candidats pour les établissements psychiatriques ou de traitement des toxicomanies qui dispensent des soins actifs et ils sont laissés à croupir dans des hospices ou pré-hospices. Ces établissements fonctionnent souvent avec des bénévoles et du personnel qui ne possèdent pas une expérience suffisante des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Là encore, un service de consultants et de visites à domicile améliorerait grandement, à peu de frais, l'appui aux personnes et leur traitement.
6. Pour ce qui est des autres «lacunes en matière de traitement», je vous demanderais de renforcer la recommandation sur les programmes de traitement à la méthadone en déclarant que les grands centres urbains au-delà d'une certaine population devraient prévoir les installations locales de traitement adéquates. A titre d'exemple, Calgary, qui dessert une population de 1,5 million d'habitants, ne possède aucune installation, et nous tentons de placer des personnes dans le service de consultation externe à Edmonton. Nous devons d'abord supplier le ministère chargé des services sociaux, qui est en train de diminuer les montants consacrés au transport, puis trouver une installation qui hébergera temporairement le patient, ce qui permettra de préparer le terrain, et enfin, déplacer encore la personne quelques semaines plus tard quand elle suivra le programme de traitement. Le centre de l'AADAC à Edmonton est l'un de ces centres de traitement en consultation externe et aucun autre programme pour

patients hospitalisés de cette ville n'est disposé à répondre à ces besoins d'hébergement spéciaux pour faciliter le traitement. Dans le cas précité, nous avons finalement échoué, et la personne en cause est retournée dans les rues des deux villes vendre ses faveurs sexuelles à des clients sans méfiance.

7. En ce qui concerne les «enjeux du traitement», je vous propose de réévaluer vos outils et vos méthodes d'évaluation. Je vous suggère d'ajouter à votre évaluation des questions sur les expériences avec des personnes du même sexe et sur l'orientation sexuelle. Des chercheurs comme Vivienne Cass ont rédigé des articles sur les modèles, et les étapes établis pour permettre aux personnes de «sortir du placard». On m'a dit que certains conseillers ne cherchaient pas à connaître ces antécédents. Je recommande cette évaluation, car certaines personnes ont parfois de la difficulté à «sortir du placard», et il arrive aussi que l'orientation sexuelle d'une personne soit la source de sa faible estime d'elle-même et de sa solitude.

Je vous encourage en outre à libérer les connaissances et le pouvoir que votre organisme recèle. Ayez recours aux conseillers gay et lesbiennes de votre organisation pour assurer des services et donner des consultations. On me dit trop souvent que ces personnes sont silencieuses et frustrées. Je rencontre parfois ce dilemme lorsque je mets des clients en rapport avec un centre de traitement et qu'ils me reviennent en disant que je suis plus en mesure de comprendre ce qu'ils ressentent. Je comprends effectivement le sentiment de rejet, de solitude et la lutte qu'ils doivent mener pour être reconnus socialement et sur le plan personnel. Le sondage sur les hommes que l'on vient de terminer définit la solitude comme étant le problème numéro un des hommes gay au Canada. Ce qui complique le travail, c'est qu'il n'y a que quelques intervenants de première ligne. On pourrait peut-être, pour régler le problème, inviter des conseillers de diverses minorités à venir donner une formation dans ces centres de traitement.

Le ciblage des populations vulnérables

Questions ethno-culturelles

Augusto Mathias

Service de santé publique, Ville de Toronto

Questions ethno- raciales

Le Canada se compose de populations ethno- raciales Km variées, aux souches linguistiques différentes, qui sont réparties dans tout le pays, véhiculant maintes traditions et coutumes et pratiquant divers modes de vie. A cause de leur diversité, la notion de ce qui est acceptable sur le plan comportemental et sur l'appui des changements, varie au sein d'une population à une autre. Par conséquent, toute tentative d'approche multi-culturelle généralisée en matière d'éducation, de prévention et de traitement par rapport au sida et à la consommation de l'alcool et des autres drogues n'est ni possible, ni fonctionnelle.

Les initiatives nationales visant le sida et la consommation d'alcool et des autres drogues doivent ainsi refléter le caractère ethno- racial de la société canadienne et répondre aux besoins de tous les citoyens. Ces initiatives doivent être rendues sensibles aux différentes perceptions de la sexualité, de la consommation de l'alcool et des autres drogues, et favoriser la prise de pouvoir par les collectivités ethno- raciales et leurs membres dans leurs efforts pour assumer leurs responsabilités.

Les collectivités ethno- raciales présentent souvent un contexte socio- politique unique. Au Canada, plusieurs d'entre elles ont longtemps souffert de discrimination et aussi d'avoir été marginalisés et frappés d'ostracisme social par la collectivité dominante. Elles comptent un pourcentage excessif de chômeurs et sont moins bien pourvues en services médicaux. En termes généraux, elles vivent des situations d'impuissance qui leur ont conféré des perspectives d'avenir tout à fait particulières. Il importe donc de leur accorder une attention spéciale. Aussi devons-nous, au moment d'arrêter les stratégies concernant le sida et l'abus de l'alcool et des autres drogues, insister sur le développement des aptitudes nécessaires pour exercer l'autorité qui s'impose face à l'éducation et à la prévention en matière de santé.

En même temps, le défi que pose le développement de programmes d'éducation, de prévention et de traitement pour contrer le sida et l'abus de l'alcool et des autres drogues, à l'intention des collectivités raciales devient une façon de reconnaître l'unicité et la diversité de leurs besoins et de déterminer comment leur répondre le plus efficacement possible. Choisir tout simplement de calquer les messages et les programmes conçus pour la société canadienne dominante, véhiculant ses propres valeurs et autres spécificités, consisterait à renier aux collectivités ethno- raciales l'accès à de l'information vitale. Dans le but de surmonter les obstacles inhérents à ces programmes, les gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux, les conseils scolaires, les syndicats, les organismes de santé et de soins sociaux, ainsi que les principaux organismes s'occupant des questions de sida et de l'abus d'alcool et des autres drogues doivent travailler de concert et en toute égalité avec les collectivités ethno- raciales.

Fort de mes propres expériences, voici quelques suggestions quant aux **moyens susceptibles d'éliminer les obstacles inhérents** aux programmes de prévention du sida et de l'abus de l'alcool et des autres drogues, s'adressant aux collectivités ethno- raciales :

Les aspects politiques

- nous devons obtenir l'engagement politique des divers paliers de gouvernement et de leurs représentants à traiter les questions spécifiques aux populations ethno- raciales;
- les politiques et les programmes en vigueur devraient refléter la diversité des populations ethno- raciales;
- il conviendrait d'assurer une représentation équitable des collectivités ethno- raciales au sein des

comités consultatifs nationaux, des groupes de travail, des conseils, et d'autres organes;

- les messages et les programmes devraient refléter l'unicité des besoins et des inquiétudes des collectivités ethno-raciales;
- nous devons élargir l'accessibilité des membres des collectivités ethno-raciales à la profession médicale, aux traitements, et aux soins de santé généraux;
- les professionnels qui élaborent et assurent la mise en oeuvre des programmes et des politiques d'éducation devraient connaître les spécificités ethno-raciales et y être sensibles;
- les initiatives ethno-raciales doivent bénéficier d'un financement adéquat.

Les ressources

- c'est le personnel représentatif des collectivités ethno-raciales qui devrait développer les programmes et services à leur intention et en assurer la prestation;
- nous devrions fournir au personnel professionnel du secteur de la santé une formation interculturelle et antiraciste;
- nous devons assurer une plus grande disponibilité d'outils éducatifs sensibles aux questions raciales et culturelles et linguistiquement adaptés;
- nous devons élargir l'accès des collectivités ethno-raciales aux systèmes de soutien en matière de santé;
- il convient de pousser la recherche sur le sida et la consommation de l'alcool et des autres drogues chez les populations ethno-raciales au Canada.

Plusieurs autres aspects concernant le sida et la consommation de l'alcool et des autres drogues chez les collectivités ethno-raciales méritent d'être étudiés plus en profondeur :

- l'isolement et la ghettoïsation de plusieurs collectivités ethno-raciales;
- la méfiance à l'égard du gouvernement et de ses représentants et institutions;
- la croyance de certains membres des collectivités ethno-raciales à l'effet qu'ils n'ont pas le pouvoir de changer leur situation sur le plan politique, économique et social;
- la discrimination et le racisme;
- les facteurs culturels (c.-à-d. les rôles traditionnels selon le sexe «<machisme»), etc.);
- le reniement de l'existence de ces questions chez les collectivités ethno-raciales;
- la stigmatisation externe et interne;
- le lien entre le VIH et la consommation de l'alcool et des autres drogues ne représentant pas une priorité pour la plupart des collectivités ethno-raciales, comment en faire une priorité?

Bon nombre des questions à traiter exigent une action conjointe de la part des intervenants des différentes juridictions gouvernementales et du secteur privé. La mise sur pied des programmes d'éducation et de prévention précités nécessitent également une action commune des collectivités ethno-raciales et de ces intervenants.

L'entraide féminine : Le défi du VIH dans les refuges

Nancy McPherson
Capital Health Authority
Public Health Services

Le projet d'Edmonton sur les femmes et le sida La (Edmonton Women and AIDS Project) a été créé dans le but d'aider le personnel des refuges à mieux épauler les femmes séropositives ou menacées de le devenir. Il ne traite pas spécifiquement de l'abus des substances, mais trouve par contre sa force dans certains principes qu'il serait utile, croyons-nous, de valoriser dans de nombreux organismes ou situations où l'abus des substances constitue une source de préoccupation majeure. Nous soulignerons ici ces principes directeurs ainsi que notre démarche. Pour ce qui est des questions concernant les femmes, l'infection au VIH et l'abus des substances, nous les examinerons durant la séance de travail qui suivra la présente discussion en table ronde.

Combien de femmes dont le partenaire refuse de mettre un condom trouveraient le courage, en prenant une bonne respiration, de lui dire d'aller s'en chercher un? Qui ose agir ainsi? Nous devons être réalistes; très peu de femmes mènent le jeu de l'amour. C'est là une réalité lourde de conséquences comme le démontrent les statistiques sur le VIH et le sida.

La menace du VIH chez les femmes et les enfants est à peu près totalement ignorée par les femmes et les professionnels de la santé. Les symptômes spécifiques de l'infection au VIH chez les femmes passent souvent inaperçus. Une très grande majorité de gens persistent à croire que seuls les homosexuels et les consommateurs de drogues par injection ont raison de craindre le sida. Ce n'est évidemment pas le cas. Le taux d'infection au VIH chez les femmes du monde entier croît à une vitesse alarmante, et la toute première voie de transmission du virus est l'hétérosexualité. En 1993, les deux tiers des Canadiennes qui ont été classées séropositives avaient contacté le virus par des rapports hétérosexuels.

Trop souvent, les campagnes d'éducation sur le VIH et le sida destinées aux femmes partent du principe que la femme possède le pouvoir d'assurer des rapports sexuels plus

sécuritaires. Elles laissent croire qu'il suffit d'être informées pour être protégées. Si nous voulons vraiment marquer une différence pour ces femmes qui n'ont que peu ou aucun pouvoir sur leurs rapports sexuels, nous devons leur proposer des stratégies adaptées à leurs conditions de vie. Toute l'action des équipes oeuvrant dans les refuges pour femmes battues doit reposer sur ce principe. C'est ainsi que notre projet a été lancé il y a deux ans par les services de promotion et de prévention de la santé communautaire de la Capital Health Authority, section des services de santé publique, après une rencontre avec les directeurs des refuges pour femmes et une analyse des problèmes à l'étude. Nous avons bénéficié d'une subvention du ministère de la Santé de l'Alberta.

Nous avons embauché un animateur de projet pour une période de *huit* mois, et nos attentes étaient immenses! Notre but consistait à élaborer des stratégies avec les femmes des refuges, afin qu'*elles* s'engagent activement à prévenir la propagation du VIH. Nous avons prévu, pour les appuyer dans leur soutien aux femmes et aux enfants séropositifs et sidéens, un vaste répertoire de ressources pratiques convenant expressément à la formule des refuges. Nous voulions que les refuges d'Edmonton soient en mesure de poursuivre après l'achèvement du projet les programmes d'éducation et de soutien que nous allions mettre de l'avant. La deuxième phase de ce projet, réalisée à l'intention des refuges pour femmes battues et leurs réseaux à Edmonton et dans tout l'Alberta, qui a bénéficié d'une subvention d'un an de Santé Canada, tire maintenant à sa fin.

Facteurs majeurs

Il s'agit d'un projet passionnant et ce, à plusieurs titres :

1. Le projet s'attaque au déséquilibre des pouvoirs qui caractérise nombre de relations, en particulier les relations abusives.

2. Grâce à un véritable partenariat, les partisans les plus touchés par le projet participent à chaque étape de son développement.
3. Le projet offre aux intervenants communautaires l'appui dont ils ont besoin pour intégrer la lutte contre le sida dans une action préventive quotidienne et permanente plutôt que d'en faire une initiative spontanée et isolée.

Grâce à ces trois réalités, il est possible d'adopter une approche communautaire durable envers la santé de la femme.

Les femmes et le pouvoir

Le premier aspect qu'il convient de prendre en considération en ce qui concerne la santé de la femme porte sur le pouvoir et le contrôle. Il y a huit mois seulement, on affirmait, lors de la 9e Conférence internationale sur le sida tenue à Berlin, que les femmes dépendent toujours des hommes pour protéger leur santé; et que dans une relation abusive, la femme peut ne pas insister pour que son partenaire utilise le condom par crainte de déclencher la violence. Vu son manque d'estime de soi et l'insuffisance de ses moyens financiers, il lui est difficile de défier son partenaire ou de le quitter. Telle une forme silencieuse, invisible et mortelle de violence, le sida devient ainsi pour elle un facteur de plus à considérer au moment de soupeser ses risques et ses choix.

Pour qui veut traiter la santé des femmes, les refuges représentent d'excellents intermédiaires. Les femmes battues s'y présentent de leur gré. Vient un moment dans leur vie où, désireuses de changer leur situation, elles se dirigent vers les refuges où elles savent qu'elles recevront services et soutien sans être jugées. Durant les trois semaines que durent le séjour moyen, le temps est suffisant pour créer des liens solides avec des membres du personnel. Il importe que toute discussion traitant de risques personnels et de questions associées au sida se déroule dans un climat de confiance. Compte tenu de la démarche actuelle des refuges en ce qui concerne notamment la sécurité physique, l'estime de soi et les aptitudes à communiquer, il est possible d'intégrer la prévention du VIH dans les activités régulières plutôt que de la traiter séparément. Les refuges offrent également aux femmes séropositives un soutien pour elles-mêmes et leurs enfants.

La participation des partisans les plus près

Nous avons identifié une population cible de femmes et un intermédiaire, mais nous savions par ailleurs que notre service de santé publique jouissait d'une crédibilité, d'une expérience ou de contacts limités auprès des femmes qui se tournent vers les refuges. Le personnel des refuges, soit les partisans les plus immédiatement concernés par le thème de notre projet, a donc participé et continue de participer à la planification et à la mise en oeuvre du projet.

L'oeuvre du projet repose sur un excellent partenariat, réunissant un des principaux refuges pour femmes à Edmonton, le conseil provincial des refuges pour femmes de l'Alberta et la Capital Health Authority, secteur des services publics. Nous partageons une philosophie commune face au projet et nous croyons qu'il faudrait plutôt adopter une action préventive que de réponse en cas de crise comme c'est normalement le cas dans les refuges. Les délégués des trois partenaires à ce projet et le coordinateur ont travaillé en étroite collaboration, dans le plus grand respect mutuel tant sur le plan personnel que professionnel.

Les organismes parrains des refuges ont joué un rôle majeur dans la prise de chaque grande décision de planification. Le conseil des refuges pour femmes de l'Alberta (Alberta Council of Womens Shelters) regroupe des refuges de toute la province et se fait entendre au niveau politique sur les questions touchant les femmes battues. Le conseil dispose par ailleurs d'un réseau d'intervenants pour la prise de décisions collectives et le partage des ressources à l'échelle de la province. Sur le plan local, le Refuge des femmes d'Edmonton a été retenu comme un chef de file crédible pour le soutien direct aux refuges pour femmes victimes d'abus et leurs enfants de même que pour les questions d'éducation publique et de promotion de leurs droits. Les organisations provinciales et locales de refuges ont toutes deux accepté avec enthousiasme de travailler avec les Services de promotion et de prévention de la santé communautaire, qui s'occupe tout spécialement de corriger les iniquités en matière de santé, et favorablement accueilli les ressources ainsi mises à leur disposition. Les Services de promotion et de prévention de la santé communautaire transfèrent normalement leurs ressources à leurs partenaires communautaires. Ceux-ci sont effectivement les mieux placés pour aider les femmes économiquement et socialement démunies à protéger leur santé.

Intégration des mesures de prévention contre le sida

Le projet a à l'origine essuyé une certaine réticence de la part des directeurs et du personnel des refuges. Le personnel craignait l'ajout d'une tâche difficile à leur charge déjà lourde. La menace du sida constituait une faible priorité et devait relever, somme toute, des professionnels de la santé. Mais l'intention du projet n'avait jamais été de traiter le sida comme une grande priorité; il visait plutôt à assurer que l'on n'ignore pas les questions concernant le dépistage du VIH, l'éducation, l'accès aux condoms, et les services de soutien, et qu'on les intègre aux activités de promotion des droits de ces femmes.

Cette réticence a commencé à s'estomper à partir du moment où l'on a opposé divers scénarios montrant comment les choses pourraient se passer dans les refuges. Par exemple, une femme de trente-trois ans se présente à un refuge un vendredi soir, avec ses deux enfants âgés de quatre et neuf ans. Une fois qu'ils sont installés, la femme informe l'un des membres du personnel que son plus jeune enfant est séropositif. Elle veut savoir si le refuge va isoler son enfant des autres enfants. Même si nous connaissons la bonne réponse à cette question en particulier, d'autres questions plus profondes se posent, à savoir, comment réglerions-nous une telle situation et quelles sont les conséquences générales de cette séropositivité pour nous, personnel du refuge?

En discutant des symptômes du VIH chez la femme, le personnel a compris que des femmes séropositives avaient sans doute déjà séjourné dans les refuges, à son insu. En même temps que les lourdes statistiques sur la percée générale du VIH chez les femmes, il avait également saisi le lien qui en résultait au regard de son travail, de même que le rapport entre la capacité des femmes à se prémunir contre le virus et le pouvoir qu'elles exercent dans leurs relations.

Dès lors que le personnel a réalisé que le VIH et le sida faisaient déjà partie intégrante de son monde immédiat, le choix de traiter ou non du sida ne se posait plus. Même si tous n'acceptaient pas d'emblée le projet, les principaux membres de l'équipe dans chaque refuge exercèrent un rôle décisif dans la mise en oeuvre du projet.

Le dossier du VIH a soulevé de nombreux aspects inattendus pour le personnel des refuges. Il lui fallait

notamment explorer les questions de sexualité au niveau individuel avant de tenter de discuter du VIH et du sida. Des ateliers furent donc tenus pour diriger le personnel dans l'examen des attitudes et des valeurs individuelles.

Le personnel a aussi activement participé à la révision des ressources éducatives pour les femmes en matière de sida. La plupart de ces ressources furent jugées inadéquates, puisqu'elles portaient du principe que les femmes contrôlent leurs rapports sexuels. Or telle n'est pas la réalité dans de nombreux cas; il importe à ce propos d'apprendre aux femmes à exercer leur pouvoir. On a enfin jugé essentiel de prévoir des outils novateurs pour appuyer les femmes vivant des relations marquées par la violence.

Diverses outils furent proposés qui supposaient un engagement des intervenants les plus immédiatement concernés par le problème. Le personnel et les clientes des refuges ont participé à l'élaboration de chaque ressource depuis leur conception jusqu'à leur lancement. On a par exemple conçu un étui de poche à condoms analogue aux étuis à cosmétiques, afin de faciliter aux femmes l'accès aux condoms et à l'information sur le dépistage des anticorps du VIH. La conception et l'information ont été assurées par les clientes des refuges et le produit a été mis à l'essai durant deux mois. Sa version définitive intègre les modifications proposées par les femmes.

Les membres du personnel et les clientes des refuges ont acquis un vif sentiment de propriété à l'égard de chacun des outils créés. Parmi les autres ressources ainsi produites, mentionnons une affiche, un bulletin d'information pour les femmes, une vidéo et un recueil d'histoires vécues et racontées par des femmes de l'Alberta séropositives ou sidéennes. Pour évaluer notre expérience, nous avons documenté le projet en tenant compte de la perspective à la fois des parrains et des refuges. Cette documentation sera diffusée sous forme de guide stratégique.

Grâce au projet, les refuges sont aujourd'hui mieux placés pour répondre aux problèmes associés au VIH et au sida. Par une meilleure connaissance du sujet et des outils permettant d'ouvrir la discussion, le personnel se sent plus à l'aise, et devrait selon toute vraisemblance être en mesure de traiter cette question si délicate de vie et de mort avec tout le doigté qu'il convient.

Les liens avec les organismes communautaires constituent la pierre angulaire du projet. L'approche de

participation convenue a permis d'assurer des résultats et des stratégies adaptées aux besoins des refuges. Aussi, l'intégration des questions du VIH et du sida à la tâche des organismes crédibles auprès de la population visée est essentielle si l'on veut maintenir le projet à long terme.

Que se passe-t-il dans votre collectivité en ce qui concerne les femmes et le VIH? Quels sont les organismes crédibles auprès de celles qui n'ont que peu de contrôle sur leur santé? Quelles sont les possibilités que votre organisme souscrive à un partenariat? Que pouvez-vous faire pour pousser la question?

A Edmonton seulement, les refuges pour femmes accueillent environ 6 500 femmes et enfants par année.

Il est impossible de mesurer le plein impact du projet, mais il est certain que ce genre d'initiative renforce la possibilité de stopper la propagation du VIH et d'améliorer la santé des femmes.

La recherche d'une solution au problème du VIH et du sida ne peut être confiée exclusivement aux professionnels de la santé. La santé est une question sociale. Ce n'est que par l'analyse des questions de pouvoir et de contrôle ainsi que des facteurs économiques que nous pourrions concevoir des stratégies susceptibles de créer une différence. Ainsi, l'intégration de mesures de prévention et de soutien dans les activités communautaires régulières constitue l'un des moyens possibles pour améliorer la santé publique.

Les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes

Guy Milner

Southern Alberta HIV Clinic

Foothills Hospital

Introduction

Je connais les programmes actuellement en cours dans des villes comme Toronto, Vancouver et Calgary, à l'intention des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes. Je trouve ces activités louables et je sais qu'elles sont essentielles. Le programme de Calgary ne fait que commencer, dix ans après le début de la présente épidémie, car il a fallu que nous attendions jusqu'à ce jour pour avoir la bonne combinaison d'appuis politiques pour de telles activités. Je dois toujours me rappeler que les choses progressent lentement, pas à pas!

Le point de vue que je veux donner sur la question n'est pas celui d'un intervenant direct en éducation et en prévention du VIH et du sida mais celui d'un conseiller de première ligne dans l'une des cinq grandes cliniques de traitement du VIH au Canada. Je vous présenterai trois études de cas et quelques réflexions sur ce que les intervenants et les organisations devraient faire au chapitre de la prévention. Je propose qu'ensuite nous ouvrons le débat et que vous me fassiez part de vos expériences et de ce que vous trouvez louable ou digne de mention.

L'esprit de Merseyside

Lorsque je réfléchis à la démarche de réduction des méfaits adoptée à Merseyside, en Angleterre, au chapitre des drogues, ce qui ressort pour moi est l'esprit d'acceptation qui caractérise cette approche et le travail avec les clients, leurs partenaires et leur famille ainsi que l'ensemble de la collectivité. En un mot, on semble avoir voulu sortir du «placard» auquel confine l'application des lois antidrogues. Je me demande à cet égard si nos efforts actuels d'intervention auprès des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes ne sont pas encore dans le placard. Nous aurions plutôt besoin de nouvelles initiatives pour aborder cette question avec l'ensemble de la collectivité.

Je dois dire qu'en raison de ma formation de sexologue, je trouve un peu curieux que nous limitions notre description de ce groupe à ses seuls rapports en tant qu'êtres sexuels. Il serait peut-être plus exact de les décrire comme des hommes qui veulent être avec d'autres hommes, pas seulement pour le sexe mais aussi pour les contacts, l'aspect communautaire et les relations personnelles. Par ailleurs, je comprends que nous tentions de décrire la situation non seulement des gay qui se sont déclarés comme tels mais aussi des hommes qui n'acceptent pas d'autres étiquettes.

J'aimerais signaler qu'il manque une pièce au tableau et à notre approche, et qu'il en a été question dans le sondage sur les hommes canadiens mais qu'on n'a pas remarqué ou compris ses conséquences pour nous, en tant qu'éducateurs, conseillers et planificateurs. La solitude est ressortie comme le principal problème des hommes qui ont répondu à cette enquête. A mon avis, tant que nous n'aurons pas compris ce problème et que nous n'en n'aurons pas tenu compte dans notre Plan d'action national, il nous manquera un éclairage primordial pour comprendre comment empêcher d'autres infections parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes. Je pense que la solitude a des dimensions passées, présentes et futures; pour que nos démarches soient couronnées de succès, nous devons les comprendre et en tenir compte. Permettez-moi d'illustrer mon propos par quelques études de cas.

Étude de cas numéro 1 : Andy

Andy est le plus jeune d'une famille de six. Tous ses frères et soeurs boivent beaucoup. Il a été élevé dans un petit milieu maritime de religion catholique romaine. Dès sa plus tendre enfance, il préférerait passer du temps avec sa mère plutôt que se chamailler avec ses frères plus âgés. Il a quitté la maison à 18 ans pour venir travailler en Alberta. Il a habité avec l'un des premiers hommes rencontrés dans un bar gay et ses rapports

avec son partenaire sont marqués par des conflits continuels. Je l'ai rencontré pour la première fois après le diagnostic, il y a deux ans, parce qu'il buvait énormément et se croyait suicidaire. En examinant son passé, ce qui est ressorti clairement, c'est le sentiment d'être seul et différent depuis son plus jeune âge, le fait de n'avoir personne à qui parler de son attirance pour les hommes et son départ pour explorer cette dimension de sa personnalité. Avec son partenaire, il est clair que la vie de couple s'est faite sans trop de discernement, il y avait des problèmes de communication et de résolution des problèmes. Après quelques séances, Andy a été hospitalisé à la suite d'une tentative de suicide et a été récemment vu à l'urgence pour une autre tentative. Son psychiatre suggère qu'il continue de me voir parce qu'il croit que nous avons établi un très bon contact et que je comprends ses problèmes. Mes tentatives antérieures pour le mettre en rapport avec un conseiller de l'AADAC afin de traiter sa dépendance à l'alcool ont échoué, et il a choisi de revenir à moi parce que, selon lui, j'étais le seul à qui il pouvait parler, le seul qui l'écoutait vraiment. L'une des choses qui nous a aidés à établir un lien était le fait que je comprenais ce que c'était que d'être seul depuis l'enfance, d'être rejeté par les camarades de classe et d'être étiqueté pendant des années comme étant la tapette et la pédale avant même de comprendre la signification de ces mots. Je comprends aussi qu'il n'y a pas beaucoup d'endroits pour rencontrer des hommes qui veulent établir des liens avec d'autres hommes, sauf dans les bars, ce qui présente de sérieux problèmes à cause de l'alcool qu'on y consomme et parce qu'ils ressemblent à un marché du sexe ou de la «viande fraîche» comme certains le disent si élégamment.

Étude de cas numéro 2 : Cory

Cory est un Autochtone à qui je parle habituellement au téléphone tous les six mois à peu près lorsqu'il a trop bu et songe au suicide. Nos conversations tournent habituellement autour de Dieu qui le punira parce qu'il est gay et que cela n'est pas bien. Ses deux amis les plus proches ont récemment été tués dans un accident d'automobile. Je tente de replacer les préceptes de l'Ancien Testament dans leur contexte et de l'aider à se voir comme une personne qui mérite de vivre et d'être aimé. En cela, je vais à l'encontre de son ministre qui l'a obligé à se lever au milieu de l'église, à renoncer à Satan devant la congrégation et à demander publiquement pardon d'être infecté. Parfois, lorsque je rencontre Cory à l'urgence, il me dit que je suis la seule personne avec laquelle il se sent à l'aise de parler. Habituellement, le mieux que l'urgence peut faire est de l'examiner pour problèmes aigus et de le renvoyer chez lui jusqu'à ce qu'il ait dessoûlé. Je n'ai pas réussi à le convaincre de suivre un programme de traitement de la toxicomanie. Il dit qu'il est terrifié à l'idée qu'on soit au

courant, à la réserve, qu'il est infecté du VIH. Dans le passé, on l'a battu sur la réserve parce qu'il était gay, et ce même s'il mesure 63". Il est difficile de garder le contact avec lui parce qu'il se déplace entre la réserve et la ville. Je lui ai parlé la semaine dernière pour l'aider à voir si sa dernière expérience sexuelle était protégée ou non.

Étude de cas numéro 3 : Orest

Orest est un jeune homme issu d'une famille catholique romaine de douze personnes, des Maritimes. Il se souvient que lors de ses premières années de collège, une nuit qu'il revenait chez lui après la classe, un homme plus âgé l'a suivi, et il a finalement décidé de l'inviter chez lui. Cela a été sa première expérience sexuelle. Il est maintenant infecté du VIH. Nous parlons notamment du fait qu'il boive lorsqu'il est déprimé, et il me dit aussi qu'il se demande pourquoi quelqu'un voudrait l'avoir comme partenaire. Lorsqu'il est allé voir un conseiller en toxicomanie pour parler de ces questions, il a décidé de revenir à moi parce que d'après lui ses problèmes étaient davantage liés aux relations avec d'autres hommes, aux possibilités futures et à l'infection par le VIH.

Orest n'est que l'un des nombreux hommes au début de la vingtaine et infecté dès ses premiers rapports sexuels qui fréquentent notre clinique. Nous avons un petit groupe de l'intérieur de la Colombie-Britannique et des personnes qui viennent de toutes les régions rurales de l'Alberta. Ces hommes répètent souvent ce genre de phrase : «Nous pensions être les seuls et nous ne connaissions rien à rien. Nous pensions que les gens avec qui nous étions sauraient ce qui était correct et ce qui ne l'était pas.»

Points à retenir

Voici les principaux points que j'essaie d'illustrer :

- 1) Les conseillers de première ligne des cliniques de VIH ne peuvent faire tout le travail auprès d'hommes qui sont aux prises avec des toxicomanies et des problèmes de relations avec d'autres hommes. Si la clientèle infectée au virus revient à nous parce que ne n'arrive pas à établir de liens, n'est pas comprise, que se passe-t-il pour les autres hommes vivant les mêmes problèmes?

- 2) Nous devons améliorer et créer des cours permanents pour éduquer les conseillers en toxicomanie et les autres professionnels comme les psychiatres et les intervenants en soins d'urgence, afin qu'ils puissent établir un contact et travailler plus efficacement avec ce type de clientèle et n-deux comprendre leurs problèmes. La solitude est un thème qui facilite l'établissement de ce lien. C'est la solitude qui engendre les comportements d'abus de substances : les gens veulent engourdir cette expérience. Le document du CCN sur le sida dont nous discutons ici décrit la nécessité, pour les conseillers et le personnel médical, de mieux connaître les toxicomanies et les modes de transmission du VIH. Il faudrait aussi recommander une formation sur l'expérience culturelle de minorités comme les hommes cherchant d'autres hommes à des fins de relations personnelles et de sexe; sans cette compréhension culturelle, il sera difficile d'établir des relations de counseling et on n'arrivera pas à discuter de la réduction des méfaits et de la nécessité d'avoir des relations sexuelles protégées.

A cette fin, nos protocoles d'évaluation doivent être modifiés. Nous devons poser des questions sur l'orientation sexuelle, sur les activités sexuelles avec d'autres. Ce n'est pas une violation de la vie privée—cela nous aide à mieux comprendre.

Lorsque j'entends des professionnels à l'hôpital où je travaille dire qu'ils n'ont pas de difficulté à accepter le mode de vie que les gens choisissent ou leur homosexualité, j'ai un mouvement de recul. Cela veut d'abord dire pour moi qu'ils ne comprennent pas l'expérience de toute une vie que représente le fait d'être différent, souvent ressenti dès le plus jeune âge. L'expression «choix de vie» veut dire selon moi un choix fait quand nous sommes adultes; cette phrase nie l'expérience de formation plus profonde, plus ancienne. Le mot «homosexualité» me semble toujours une condamnation, le terme utilisé par la psychiatrie il y a dix ans. Cela me rappelle tous ceux qui, dans la société, ont condamné l'homosexualité, principalement l'Église et l'état, en persécutant les gay et les lesbiennes.

- 3) Je sais que de nombreux organismes au Canada ont des employés gay et lesbiennes mais on ne les encourage pas et on ne les utilise pas non plus pour mieux comprendre cette minorité et sa réalité psychodynamique. Je sais également que les employés au Canada ont demandé à leurs patrons de faire plus dans ces domaines, ce a quoi ont leur a répondu que ce

n'était pas une priorité ou que cela ne rapportait pas. Permettez-moi de partager avec vous les coûts de certaines de nos drogues aux dernières étapes du sida. La série de médicaments prescrits tous les jours pendant les dernières années de la vie d'une personne coûtent de 600 à 800 \$ par mois. Habituellement cette période dure de six à douze mois : vous avez là pour 12 000 \$ de médicaments. Il peut aussi y avoir de quatre à huit séjours de deux à trois semaines à l'hôpital : cela représente 60 000 \$ en frais d'hospitalisation.

- 4) Étant donné que les campagnes de sensibilisation à l'intention des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes viennent à peine de commencer, et qu'il s'agit là d'un secteur où les ressources des programmes sont réduites, je proposerais que dans toute la mesure du possible nos organismes de traitement existants appuient et subventionnent les ateliers portant sur des thèmes comme se déclarer gay ou lesbienne (sortir du placard), l'intimité avec d'autres et les relations de couple avec une personne du même sexe. Pour ce qui est des programmes des centres de traitement des toxicomanies, je propose qu'ils partent de situations vécues et, si personne d'autre ne les organise, qu'on les offre sur les lieux. Le seul aspect des hommes qui ont des relations avec d'autres hommes est trop limité, ne répond pas de façon suffisante aux questions et l'aborde pas le thème de la solitude.

Les organismes fédéraux et provinciaux ont gagné de nombreux prix pour des programmes destinés aux jeunes et ayant pour thèmes «Tirez le meilleur de vous» et «Soyez fier, soyez vous-mêmes, vous n'avez besoin de rien d'autre». Pouvez-vous imaginer à quel point les jeunes gay et lesbiennes ont besoin de cette acceptation et de cette affirmation? Les images que ces programmes véhiculent sont-elles véritablement positives pour les jeunes gay et lesbiennes?

Si c'est votre seule contribution, songez à offrir vos installations aux personnes de la collectivité qui souhaiteraient organiser ce type d'ateliers. Prêter du personnel ou aider les collectivités locales à mettre en place ces initiatives serait extrêmement utile.

- 5) J'aimerais dire à quel point le climat et le programme politique actuels peuvent soit exacerber la solitude, déranger ou réaffirmer des messages positifs. Prenons l'Alberta comme exemple, les gay et lesbiennes ont traversé en juin dernier une campagne électorale provinciale où, pendant

quelques semaines, un ministre junior du Cabinet a brandi des principes arbitraires apparentant les gay à des criminels. Le vice-premier ministre de la province se moque ouvertement des rapports entre personnes du même sexe et dit clairement que s'il n'en tenait qu'à lui, l'orientation sexuelle ne serait pas protégée par la Charte des droits de la personne. Au fédéral, le débat ne fait que commencer au sujet des avantages sociaux pour le conjoint du même sexe. Ce qui est positif, c'est que la question est publique et fait l'objet de discussions, l'aspect négatif est que le débat renforcera la solitude si on ne fait pas preuve de générosité et d'un sens de l'histoire. Je tente ici de faire valoir que ces débats aident à donner le ton et à créer le climat des activités de réduction des risques et que souvent, les débats politiques au sujet de la protection des droits et des questions concernant les couples de même sexe n'en tiennent pas compte. A mon avis, personne en Alberta n'a dit aux décideurs qu'une modification à la Charte des droits contribuerait à améliorer le climat et par le fait même à réduire les risques d'infection au VIH parce que les gens se sentiraient mieux dans leur peau. Qu'est-ce que vos organisâtes ont dit au gouvernement sur cette question?

Enfin, un mot sur l'avertir et l'impact de la solitude pour les hommes qui survivent et poursuivent leurs relations avec des hommes. Je m'interroge sur notre santé psychologique à cause des nombreuses pertes cruelles que nous avons subies—je suis rendu à 300. Maintenant, je pense que je comprends la guerre et son impact la seule différence c'est que je ne prévois pas aller à la légion pour en discuter! Quand nous examinerons les programmes, je suggère que nous renforçons et élargissons la portée de nos activités afin de pouvoir aider les hommes fort affligés d'avoir subi de multiples pertes, ce qui je pense les rend vulnérables à des comportements à risque. L'AADAC a élaboré des programmes pour traiter l'affliction; si on appliquait certains d'entre eux à ceux qui ont survécu au VIH et à leurs multiples pertes, cela pourrait les aider à les supporter.

En résumé, j'ai tenté de décrire l'expérience de solitude qui a ses racines dans le passé, dans le présent et dans le futur. Je vous demande de laisser cette porte ouverte. Cela suppose que vous devrez vous ouvrir à l'histoire culturelle, vous ouvrir aux intervenants qui peuvent vous apprendre cette histoire et faire preuve d'ouverture dans vos évaluations et vos programmes. Ce faisant, nous parviendrons non seulement à réduire l'écart entre nous, mais nous contribuerons aussi à faire sortir un peu plus les gay du placard.

Les jeunes, l'alcool, des drogues et le VIH : les populations vulnérables

Élise Roy

Centre d'études sur le sida

Hôpital Général de Montréal

Au Canada comme ailleurs dans les pays occidentaux, le sida est peu fréquent chez les 15-19 ans. Ceci s'explique en partie par le fait que le temps nécessaire à l'évolution de l'infection vers le stade de sida est relativement long, une durée médiane d'environ 10 ans. La plupart des individus qui s'infectent à l'adolescence développent donc le sida après l'âge de 20 ans ce qui fait qu'on les retrouve dans les statistiques de sida des 20-29 ans. Au Canada, au mois d'octobre 1993, on rapportait un total cumulatif de 29 cas de sida chez les 15-19 ans pour moins de 1 % du total des cas canadiens adultes alors que les 20-29 ans représentaient près du cinquième des cas déclarés (19 %) (Tableau 1). La situation est semblable en Europe et aux États-Unis où les 15-19 ans représentent aussi moins de 1 % des cas. Pour les 20-29 ans, ils représentent 19 % des cas aux États Unis mais près de 30 % des cas en Europe!

Tableau 1 LE SIDA AU CANADA Nombre total des cas de sida selon le groupe d'âge et le sexe		
	hommes	femmes
< 15 ans	46	41
15-19 ans	26	3
20-29 ans	1 483	142
30-39 ans	3 632	160
40-49 ans	2 157	806
50+ ans	58	84

Le nombre de cas diagnostiqués par année dans ce groupe d'âge (20-29) a augmenté de 18 % entre 1987 et 1991 avec un retour à la valeur de 1987 pour l'année 1991. Ce retour pourrait s'expliquer par le délai de déclaration. En effet, si on compare la courbe des cas rapportés pour l'ensemble des

adultes (c'est-à-dire les plus de 15 ans) à celle des 20-29 ans on constate qu'elles sont semblables.

En ce qui concerne la distribution des cas de sida selon le facteur de risque pour les 20-29 ans (n=1625) (Tableau 2), on remarque que la catégorie la plus importante est la transmission sexuelle entre hommes suivi de la transmission hétérosexuelle (incluant les personnes provenant de régions endémiques), puis de la transmission par relation homosexuelle entre hommes avec usage de drogue injectable et enfin de l'usage de drogue injectable ex aequo avec la réception de sang ou de produits du sang.

Tableau 2 LE SIDA AU CANADA Facteurs de risque chez les 20 à 29 ans	
Homo/bi	70,7%
Homo/bi/UDI	6,7%
UDI	3,7%
Hétéro	10,5%
Sang	3,6%
AIR	4,8%

Pour les groupes entre 20 et 45 ans, la proportion d'hommes augmente légèrement avec l'âge tout comme l'importance de la transmission sexuelle entre hommes augmente aussi avec l'âge. Autrement dit, parmi les cas de sida on retrouve une proportion légèrement plus grande de femmes et de cas reliés à la transmission hétérosexuelle chez les jeunes que chez les plus âgés.

Les résultats des plus récentes études ayant porté sur la prévalence et les facteurs de risque de l'infection au VIH-1 parmi la population des adolescents aux Royaume Uni, États Unis et Canada (Tableau 3) témoigne d'un crescendo au niveau du taux d'infection

en fonction du type de population étudiée. Cet effet de crescendo identifie clairement les groupes de jeunes les plus vulnérables.

Je commencerai en présentant les données concernant les jeunes de la population générale que je définis comme étant a priori sans caractéristique particulière en rapport avec l'infection au VIH puis je poursuivrai avec les jeunes recrutés dans des cliniques où le taux d'infection attendu est plus élevé si on se fie à la vocation de la clinique ou ayant carrément été recrutés sur la base de caractéristiques particulières reconnues comme des facteurs de risque pour l'infection au VIH.

Tableau 3 L'INFECTION AU VIH-1 CHEZ LES JEUNES DE LA «POPULATION GÉNÉRALE»		
R.-U.	Clinique de soins prénataux, femmes seulement	Source
Londres	0,11 %	Clarke, 1993
Extérieur de Londres	0,02 %	Clarke, 1993

	Clinique de soins généraux, surtout femmes/AA/hétéro	Source
E.-U.	0-1,4 %	Sweeney, 1993

Canada	Hôpitaux sentinelles	Source
Québec	0/635	Joly, 1993

Canada	Clinique d'avortements surtout femmes/AA/hétéro	Source
Montréal	0/841	Remis, 1993

Les résultats d'une étude menée en 1990-91 en Angleterre et au Pays de Galles sont incluses en Tableau 3. En clinique prénatale à Londres et à l'extérieur de Londres, l'auteur a trouvé des taux respectifs de 0,11 % et 0,02 % chez les jeunes filles ayant participé à cette étude anonyme non liée pour laquelle évidemment il n'y a pas d'information sur les facteurs de risque.

Aux États-Unis, des chercheurs du Center for Disease Control and Prévention ont examiné les résultats d'études de

séroprévalence anonymes non liées faites entre 1990 et 1992 chez des adolescents ayant consulté différentes cliniques aux États-Unis.¹ Pour les cliniques de soins généraux, la majorité des jeunes recrutés étaient des filles africaines-américaines et la presque totalité des jeunes étaient hétérosexuels. Les résultats varient entre 0 et 1,4 % selon la ville.

Au Canada, plus particulièrement au Québec, au mois d'avril 1993, l'étude de séroprévalence anonyme non liée du réseau d'hôpitaux sentinelles n'avait trouvé aucun cas d'infection parmi les 635 sujets âgés de 15 à 19 ans. Une autre étude de séroprévalence non liée qui se déroule dans une clinique d'avortement de Montréal n'avait trouvé au mois de juin 1992, aucun cas parmi 841 femmes âgées de 14 à 19 ans.

De ces études ayant recruté une majorité de filles, on constate que le taux d'infection est encore relativement bas chez les jeunes filles de la population dite générale sauf pour certaines régions américaines. Les différences de taux entre les cliniques s'expliquent essentiellement par les différences géographiques et ethniques ces dernières fortement corrélées avec le niveau socioéconomique, et non par des comportements particuliers de sous-population de jeunes. Par ailleurs, la difficulté de recruter des garçons à travers ces cliniques et l'absence d'information sur les facteurs de risque limite évidemment les conclusions que l'on peut tirer de ces études.

Pour ces études américaines les jeunes étaient recrutés dans des sites où le taux d'infection attendu est plus élevé. Le programme des Job Corps est un programme fédéral d'éducation recrutant des jeunes décrocheurs ou des jeunes provenant de milieux socio-économiques défavorisés qui exclut les jeunes qui prennent des drogues et ceux qui ont des problèmes de santé. Conway (1993) a trouvé un taux global de 0,3 % avec une augmentation chez les jeunes femmes dont le taux est passé de 0,21 % à 0,42 % entre 1988 et 1992 et une diminution de 0,36 % à 0,22 % pour les garçons. Globalement, la prévalence varie d'une région à l'autre avec les plus hauts taux chez les garçons du Nord Est et chez les filles du Sud. Les Africains-Américains sont les plus touchés chez les deux sexes. Cette étude étant anonyme non liée, elle ne permet pas d'obtenir d'informations sur les facteurs de risque mais les auteurs concluent tout de même et je cite que "That HIV seroprevalence among female students in the Job Corps increased and exceeded that seen among male

¹ Toutes les données rapportées ici sont préliminaires, elles ont été présentées à la conférence internationale sur le sida à Berlin en juin dernier. Le papier a été soumis pour publication et les chiffres les plus récents seront disponibles dans cette publication ou auprès de l'auteur.

students during this survey period suggests that heterosexual or drug-related transmission of HIV may be increasing in this population".

Dans les cliniques de dépistage pour le VIH, Dillon (1993), a trouvé un taux d'infection de 0,4 % après avoir révisé les dossiers de 150 984 jeunes ayant subi un dépistage dans divers services publics américains en 1992. La majorité des sujets infectés (63 %) étaient des Africains-Américains, des jeunes ayant acquis l'infection par transmission hétérosexuelle et 56 % étaient des filles ce qui peut s'expliquer en partie par le fait que les services étaient surtout des cliniques publiques de MTS, planification des naissances et prénatales avec une prédominance de sujets hétérosexuels. Cependant le taux d'infection était plus élevé parmi les jeunes ayant eu des rapports homosexuels mâles et fait usage de drogue injectables (3,7 %) suivis des jeunes ayant eu des rapports homosexuels mâles (3,1 %), suivis des UDI (0,9 %) puis des jeunes ayant eu des relations hétérosexuelles avec des partenaires à risque (0,7 %).

Quant aux données canadiennes, une étude québécoise réalisée grâce à un réseau de médecins sentinelles rapportaient en 1991, 5 résultats positifs parmi 991 tests de dépistage faits chez des jeunes de moins de 20 ans auxquels un test anti-VIH avait été prescrit pour des raisons cliniques.

Dans les cliniques MTS, Sweeney a trouvé des taux variant de 0 % à 3,5 % selon la région aux États Unis avec un taux médian de 0,4 % chez les filles et 0,5 % chez les garçons. La majorité des clients de ces cliniques rapportaient des activités sexuelles strictement hétérosexuelles ce qui peut sans doute expliquer la prédominance des sujets hétérosexuels stricts parmi les cas infectés soit 75 %.

Toujours dans les cliniques MIS, Clarke a trouvé des différences marquées de taux d'infection selon l'orientation sexuelle des comportements. Cependant parmi les cas reliés aux relations hétérosexuelles, les taux d'infection étaient semblables chez les filles et les garçons. On remarque une différence marquée entre la ville de Londres et les autres régions.

Par ailleurs, chez les jeunes en milieu de détention Sweeney a trouvé des taux variant de 0 % à 6,8 % selon la ville. Le taux médian chez les filles était de 0,3 % et chez les garçons de 0,2 %. Récemment madame Sweeney m'a appris que des données plus récentes montraient un taux

allant jusqu'à 12,1 % chez les jeunes filles de New York mais les petits chiffres incitent à la prudence...

A Montréal, dans les centres d'accueil pour mésadaptés socio-affectifs, selon les résultats de notre étude qui ont été compilés au mois de mars 1993, 2 jeunes avaient été trouvés infectés parmi 1 904 sujets testés soit 0,11 % ou 1,05 pour 1 000 [IC 95 % : 0,0-2,4].

Si on résume ces études, il apparaît que chez les jeunes :

- 1) les cas sont plus fréquents chez les garçons et la transmission homosexuelle est reliée à la majorité des cas.
- 2) parmi les jeunes hétérosexuels stricts, les taux d'infection sont semblables chez les garçons et les filles.
- 3) l'usage de drogue injectable est aussi rapporté comme un facteur majeur dans la transmission du VIH.

Si on va du côté des jeunes de la rue, une étude chez les jeunes de la rue de Toronto a trouvé un taux d'infection de 2,2 % chez 695 jeunes dont 0,8 % chez 508 jeunes âgés de 14 à 20 ans et 5,8 % chez les 21 à 25 ans. Au total, 15 jeunes étaient infectés. Tous étaient des garçons dont 13 avaient eu des relations homosexuelles dans les derniers 5 ans et 8 rapportaient avoir consommé des drogues par voie injectable.

Aux États Unis, Sweeney a documenté un taux d'infection chez les jeunes de la rue variant de 0 % à 6,6 % selon la ville. Parmi les sujets testés, seulement 29 % étaient des Blancs. Le taux médian était de 3,6 % chez les garçons et 0,9 % chez les filles. Le taux d'infection était le plus élevé chez les jeunes garçons ayant eu des relations homosexuelles.

Chez les jeunes qui consomment des drogues par voie injectable, très peu de données sont disponibles. L'étude montréalaise chez les jeunes en difficulté des centres de réadaptation a recruté 108 jeunes ayant déjà consommé par voie injectable parmi lesquels on a trouvé une jeune fille de 18 ans infectée. Il est difficile de se prononcer sur le taux d'infection véritable dans ce groupe étant donné les petits chiffres mais des analyses comparant les comportements des jeunes UDI avec les jeunes non UDI ont démontré hors de tout doute le haut niveau de comportements sexuels et de consommation de drogue à risque dans le groupe des UDI confirmant qu'il s'agit là d'un groupe noyau à très haut risque d'infection au VIH.

Finalement, une étude réalisée à Puerto Rico a trouvé un taux d'infection de 2,6 % chez des adolescentes (n=77) âgées de 13 à 18 ans ayant fait de la prostitution dans la dernière année.

En résumé et en conclusion

L'examen des statistiques sur l'infection au VIH suggère que l'infection est encore peu fréquente chez les adolescents canadiens. L'infection semble actuellement circonscrite dans certains sous-groupes de jeunes. Les informations disponibles sur les facteurs de risque et la littérature démontrent que les jeunes les plus vulnérables sont les garçons ayant des relations homosexuelles, les garçons et les filles en difficulté notamment ceux et celles de la rue, ceux et celles qui se prostituent et les usagers/usagères de drogues injectables. La relation sexuelle entre hommes, que ce soit dans un contexte de prostitution ou non, est sans nul doute un facteur de risque important d'autant plus que le niveau d'infection parmi les hommes ayant des activités homosexuelles est estimé très élevé, par exemple il a été estimé de l'ordre de 10 à 25 % à Montréal. Chez la jeune fille qui se prostitue, la situation n'est pas claire. Il se peut que la situation de l'adolescente qui se prostitue soit différente de, celle de la femme adulte. Il est en effet possible que l'adolescente soit davantage en situation d'exploitation et ait encore moins le contrôle sur le déroulement des rapports sexuels qu'elle entretient avec ses partenaires que la femme adulte. D'autre part, nul ne peut nier que les jeunes filles et garçons qui se prostituent sont souvent en situation difficile sur le plan personnel et social constituant ainsi un groupe plus vulnérable en regard de l'infection au VIH.

Selon l'étude chez les jeunes en difficulté que nous menons à Montréal, comparativement aux garçons, les filles ont eu plus souvent des activités de pénétration avec des partenaires commerciaux (14,7 % vs 3,5 %) et ont été plus souvent abusées sexuellement (37,2 % vs 4,4 %). Elles ont aussi des antécédents de consommation de drogue par voie injectable au moins aussi important que les garçons. Cette situation couplée à la vulnérabilité biologique des jeunes filles aux MTS peut peut-être expliquer du moins en partie, la plus grande proportion de femmes parmi les cas de sida chez les plus jeunes et suggère un risque important d'infection au VIH chez certains groupes d'adolescentes.

Tout ceci souligne l'importance grandissante des efforts de prévention du VIH auprès de certains sous-groupes de jeunes particulièrement vulnérables et également la nécessité d'adapter les stratégies d'intervention selon les besoins des sous-groupes visés. C'est ce dont je parlerai dans l'atelier de mardi alors que je tenterai de mettre en relief l'association drogue et risque d'infection au VIH dans une perspective de planification d'un programme de prévention de l'infection au VIH chez les jeunes ayant des problèmes de consommation d'alcool et de drogue.

Renvois

- Clarke, S. Gilbart, V., Noone, A., Simms, I., Catchpole, M. et al. (1993). HIV Infection and other sexually transmitted diseases among adolescents in England. 9th International Conference on AIDS in affiliation with the 4th STD World Congress, Abstract Book Volume 2:727 (PO-C19-3059). Berlin, June.
- Conway, G.A., Epstein, M.R., Hayman, C.R., Miller, C.A., Wendell, D.A., Gwinn, M., Karon, J.M. and Peterson, L.R. (1993). Trends in HIV prevalence among disadvantaged youth: Survey results from a national job training program, 1988 through 1992. *Journal of the American Medical Association*, 269, 2887-2889.
- Dillon, B., Campbell, C., Thompson, I. and Moore, M. (1993). Characteristics of adolescents provided public HIV counselling and testing. 9th International Conference on AIDS in affiliation with the 4th STD World Congress, Abstract Book Volume 2:754 (PO-C25-3220). Berlin, June.
- Remis, R.S., Eason, E.L., Palmer, R.W.H., Leclerc, P. and Fauvel, M. (1993). Study of HIV seroprevalence among women undergoing abortion in Montreal. Centre for AIDS Studies, Régie régionale de santé publique Montréal-Centre. Montréal, June (unpublished data).
- Sweeney, R.A., Lindergren, M.L., Janssen, R. and Buehler, J. (1993). Adolescents at risk for HIV-1 infection: Results from seroprevalence surveys in clinical settings in the United States, 1990-1992. 9th International Conference on AIDS in affiliation with the 4th STD World Congress, Abstract Book Volume 1:94 (WS-C13-6). Berlin, June.

Les perspectives

Une perspective canadienne

Michael O'Shaughnessy

B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS

On m'a demandé mes impressions à la suite de la réunion et aussi de parler de quelques facteurs accessoires susceptibles d'influencer notre façon de lutter contre ce foyer particulier de l'épidémie, à savoir l'effet combiné de l'usage de substances et du VIH.

Voilà vingt ans que les astronautes ont marché sur la lune et depuis, les vaisseaux spatiaux de l'humanité sondent les derniers confins de l'espace. Il peut toutefois sembler ironique qu'ayant maîtrisé cette merveilleuse technologie, nous nous retrouvons réunis aujourd'hui à discuter de l'absence de programmes d'échange de seringues dans les prisons, parce que leur mise en oeuvre est trop difficile. En fait, nous ne sommes pas parvenus à convaincre les décideurs ou la société que ces échanges étaient devenus une nécessité. La société n'a pas manifesté la volonté de mettre en oeuvre ces initiatives de réduction des méfaits.

Le VIH est apparu en Amérique du Nord il y a vingt ans environ. Il se peut que le virus ait infecté l'humanité depuis une centaine d'années mais c'est depuis vingt ans qu'il s'est infiltré en Amérique du Nord. Cela fait maintenant dix ans, en décembre 1983 et en mai 1984, que Montagnier et Gallo ont publié les premières informations définitives sur le VIH. Il y dix ans, nous savions donc quelles étaient les activités à risque élevé, nous connaissions les modes de transmission et nous savions comment prévenir l'infection. Cette information était disponible voilà dix ans. Au cours de cette réunion où nous discutons des mesures de prévention du VIH, nous disposons de peu d'éléments nouveaux pour comprendre les modes de transmission depuis les dix dernières années. Je ne veux pas paraître pessimiste, mais les progrès dans ce secteur ont été très limités; je veux dire par là que la prévention du VIH dans des groupes précis n'a pas été à la hauteur de nos attentes. Les obstacles ne sont pas dus à notre manque de connaissance du sujet mais plutôt à l'absence de volonté politique d'aborder les problèmes populaires du VIH chez les consommateurs de drogues

par injection. Je crois que l'épidémie actuelle est un processus dynamique et qu'il est incorrect de la voir comme un événement monolithique. L'épidémie que nous reconnaissons est constituée d'une série de plus petits foyers du VIH dont chacun affecte un groupe particulier. Par exemple, au Canada l'épidémie se retrouve chez les consommateurs de drogues par injection, les jeunes hommes homosexuels, les femmes, les Autochtones, les jeunes de la rue, ceux et celles qui font le commerce du sexe, etc.

La phase 2 de la Stratégie nationale sur le sida donne les grandes lignes de la réponse fédérale à l'épidémie du sida. Le document présente le plan de dépense des crédits que le Cabinet fédéral a affectés à la stratégie. Or, si la stratégie nationale ne traite pas précisément d'une activité du programme ou si une initiative embarrasserait particulièrement les fonctionnaires ou les politiciens, je conçois facilement qu'on se retranche derrière ses limites pour justifier l'inaction. Si une mesure ne figure pas dans la stratégie, on peut se défendre de ne pas l'appliquer en invoquant des motifs purement techniques. Je crois que l'absence complète de programmes d'échange de seringues dans les prisons fédérales en fournit un exemple éloquent.

Vous n'êtes pas sans savoir que l'on procède actuellement au Canada à une enquête sur le sang. Certaines personnes ici présentes participeront aux délibérations de la commission d'enquête Krever. Cette enquête porte non seulement sur la conduite de la Société canadienne de la Croix-Rouge, mais aussi sur les mesures prises par les divers paliers de gouvernement pour lutter contre l'épidémie du sida et du VIH. Je crois que des questions difficiles sont et seront posées et, qu'en fin de compte, l'enquête porte sur la responsabilité. Les responsables ont-ils fait tout ce à quoi on pouvait raisonnablement s'attendre d'eux pour lutter contre la propagation du VIH?

Personne ici n'a parlé de l'influence du Reform Party sur la politique concernant le VIH et le sida. La majeure partie de l'ouest canadien est représentée par des membres de ce parti politique dont la présence au Parlement aura un effet profond sur la volonté des politiciens fédéraux d'adopter de nouvelles initiatives qui pourraient paraître controversées ou provocatrices. Il pourra nous être très difficile de faire adopter des programmes d'intervention novateurs et dynamiques s'ils sont d'abord discutés au Parlement, car les politiciens pourraient hésiter à se prononcer en faveur d'interventions susceptibles d'être jugées radicales ou trop progressistes par les électeurs de leur circonscription. Le débat entourant la fourniture de seringues stériles dans les prisons est un bon exemple de cette hésitation. Vous tous ici croyez sans doute que les prisons sont des endroits où l'on trouve des comportements à risque élevé. Pourtant, les tentatives d'implantation de programmes d'échanges de seringues en milieu carcéral ont échoué, parce que jugées politiquement inacceptables.

Nous ne devons pas non plus oublier que l'épidémie du VIH sévit à l'échelle mondiale, et qu'environ dix-sept millions de personnes sont actuellement infectées. L'épidémie nord-américaine est un élément non négligeable de l'épidémie mondiale, mais le nombre de personnes infectées dans le reste du monde dépasse largement celui qu'on trouve en Amérique du nord. Le VIH est en pleine explosion dans les pays en développement. C'est une infection causée par la pauvreté, la marginalisation et l'absence de porte-parole politique. Si nous pensons à l'épidémie potentielle dans le sous-continent indien, en Asie ou en Amérique du Sud, nous devons comprendre que l'impact de l'Amérique du Nord diminuera avec le temps. Par conséquent, nous devons garder à l'esprit que les stratégies que nous élaborons pour enrayer l'étendue traduisent en fait nos efforts. Eues peuvent ne pas convenir à la plus grande partie du monde ou même aller à contre-courant des efforts mondiaux.

En outre, au Canada, la concurrence pour l'obtention des fonds peut avoir une influence sur les initiatives qui auront droit à une aide. Actuellement, les montants disponibles n'ont pas bougé, mais les problèmes, eux, se multiplient. A mon avis, la cohésion entre les organisations non gouvernementales est très fragile et risque de s'effriter en raison de la concurrence pour l'obtention de ressources limitées. Certains des premiers groupes ont été créés par des homosexuels parce que l'épidémie les touchait principalement. Mais à mesure que celle-ci s'étend—en

s'établissant dans de nombreuses collectivités—la concurrence se fera plus féroce pour obtenir des ressources de plus en plus maigres. Par exemple, en Colombie-Britannique, l'argent destiné à améliorer les conditions de vie des personnes atteintes du sida provient de la même enveloppe que les fonds pour les échanges de seringues, ce qui a suscité un débat sur l'importance relative de financer soit les interventions visant à empêcher la propagation du VIH, soit celles destinées à aider les personnes déjà infectées. La coalition des organisations communautaires pourrait être menacée, non pas parce que ses membres ne s'entendent pas, mais parce que les fonds sont insuffisants. Cette situation s'est produite en Colombie-Britannique, mais devons-nous accepter que ces deux types d'interventions s'excluent mutuellement? Aide ou prévention? Je crois que les deux ont besoin de fonds, mais je pense aussi que les gouvernements proposeront que l'on tranche. Cette question pourrait être la source de dissension, et je n'en ai pas beaucoup entendu parler à cette réunion. A mon avis, elle nous concernera tous.

La migration représente une autre dimension qui touche tous les programmes au Canada. Il en existe deux types. Les immigrants qui entrent au pays en sont un. Ils arrivent chez nous avec leurs perspectives culturelles et leur langue, et il peut être très difficile, à cause de nos limites, de communiquer avec eux et de les sensibiliser à réduire les risques, notamment par l'utilisation de seringues stériles et la pratique de rapports sexuels protégés. Certains néo-Canadiens proviennent de régions où 10 p. 100 de la population sont peut-être infectés par le VIH, ce qui peut représenter un problème ayant un impact non négligeable.

Toutefois, les migrations interprovinciales ont aussi un effet sur la situation du VIH en Colombie-Britannique. Nous avons préparé une étude sur l'origine des personnes infectées par le VIH. Nous pensons que la majorité proviendraient de Vancouver plus quelques-unes de Prince Rupert de Prince George, de l'Okanagan, etc. Nous avons eu la surprise de constater que le principal modèle de migration ne partait pas de la Colombie-Britannique pour converger à Vancouver, mais allait de Toronto à Vancouver, de Montréal à Vancouver, et de Québec à Vancouver. Donc, lorsqu'un programme d'échange de seringues sera mis en place, la mise en oeuvre pourra se révéler difficile si l'on se trouve devant un flux constant de personnes qui

ignorent totalement les services. Cela ne prend qu'une personne pour constituer un foyer ou un début de propagation du VIH. Par exemple, si des provinces réduisent leur rôle au chapitre du bien-être social en établissant des critères très stricts, leurs anciens clients pourraient passer dans d'autres provinces.

L'aspect politique entourant le sida a aussi influé sur la progression du VIH au Canada. Parmi les documents que vous avez reçus avant la conférence, vous trouverez copie d'un article que Catherine Hankins avait préparé en 1990. Sa circulation avait été interdite jusqu'au début de 1994. Le document s'intitule *Principes et recommandations concernant l'infection au VIH et la consommation de drogues par injection au Canada*. Il a été préparé par le Comité consultatif national sur le sida que je préside maintenant et était considéré comme une recommandation confidentielle au ministre de la Santé. À ce titre, le rapport ne pouvait être diffusé dans le public. Pourquoi? Je ne crois pas que les responsables du programme voulaient le garder secret. À mon avis, ce sont les instances politiques qui ont pris cette décision, je serais étonné que vous trouviez quoi que ce soit de très controversé ou de provocateur dans ce document, mais il est resté caché pendant quatre ans.

Nous connaissons bien sûr les courbes standard de l'épidémie, selon lesquelles le VIH serait apparu au début des années 1980 et aurait progressé jusqu'aux niveaux que nous connaissons aujourd'hui. Il est facile de mal interpréter ces courbes si on l'a pas une connaissance solide de ce qu'elles représentent vraiment. Tout d'abord, elles résultent de la compilation des données sur plusieurs épidémies se développant en même temps. L'infection s'est propagée et continue de se propager chez les jeunes hommes homosexuels, les consommateurs de drogues par injection, ceux et celles qui font le commerce du sexe, etc. Or il importe de comprendre que ces chiffres sont tirés des données historiques et sont fondés sur le nombre des cas de sida, et que le temps d'incubation nécessaire au diagnostic de l'infection dépasse souvent dix ans. Nous disposons donc de belles données historiques, qui nous donnent un aperçu de la progression de l'épidémie à ce jour, mais nous ne pouvons nous faire une idée juste et opportune de la situation dans les rues des villes canadiennes uniquement à partir de telles données. Les statistiques sur les cas de sida que nous connaissons si bien sont le résultat d'événements (les infections) qui se sont produits au cours des années 80.

Une autre question à laquelle nous devons tous réfléchir est l'effet multiplicateur de l'usage de substances dans la propagation du virus. Cet usage a deux fonctions. La première est l'usage en soi, le fait de s'injecter un produit, qui peut être responsable de la transmission du virus et d'autres agents d'infections. Nous connaissons tous le risque associé à l'utilisation d'aiguilles souillées ou partagées avec d'autres. Il est important d'éliminer ces aiguilles de la circulation, et certaines localités y ont sont parvenues assez efficacement. Nous savons aussi que l'usage de substances peut ne pas être la cause directe de la transmission du VIH, nuis plutôt un facteur connexe de transmission. L'usage de substances et le besoin d'argent qu'il entraîne peut mener à l'adoption d'activités à risque. Il peut être à l'origine de tout un autre foyer de transmission. Par exemple, le consommateur de drogues par injection peut ne pas être infecté par injection, mais en gagnant l'argent qui lui permettra de s'injecter la drogue. Par exemple, le Dr Stanley Read, enquêteur canadien à l'hôpital pour enfants de Toronto, a démontré que le principal facteur de risque de transmission du VIH chez les femmes des Caraïbes était l'usage du crack, dérivé de la cocaïne. Elles ne s'injectent pas la drogue mais se prostituent pour l'acheter. L'usage de drogues constitue alors un risque très réel, car il est combiné à la transmission sexuelle du virus. L'alcool est un autre facteur de transmission. Dans l'étude de la lymphadénopathie de Vancouver, le Dr Schechter et ses collègues signalent que deux hommes qui sont maintenant séropositifs ont déclaré que l'alcool avait joué un rôle dans les événements qui ont mené à leur état. Dans cette étude étalée sur une longue période auprès d'hommes homosexuels de Vancouver, ceux qui sont devenus séropositifs—même après avoir participé à l'étude pendant douze ans—ont dit avoir eu des rapports sexuels non protégés après avoir consommé trop d'alcool. C'est là un autre aspect de l'usage de substances qui facilite la transmission du VIH. Lorsque nous parlons de réduction des risques, nous ne pensons pas seulement à l'approvisionnement en seringues stériles, mais aussi à la fourniture de condoms. En effet, la réduction des risques comprend une série d'activités qui prévoient la distribution de seringues stériles, de condoms, de feuillets d'information sur l'injection sécuritaire de drogues, d'eau de javel, ainsi que l'accès aux professionnels de la santé et d'autres services. C'est l'orientation choisie par des programmes novateurs comme celui du Downtown Eastside Youth Activities Services pour l'échange de seringues à Vancouver, et bon nombre de

nos groupes canadiens servent d'exemple au reste du monde à cet égard.

L'épidémie est en train de changer de vitesse. Au cours des cinq à dix prochaines années, nous verrons la majorité des nouvelles infections se déclarer principalement chez les jeunes, les jeunes hommes homosexuels présentant le risque le plus élevé, et l'impact du VIH sur les consommateurs de drogues par injection sera alors évident. Ce groupe sera l'un des principaux foyers de l'épidémie et le schème de transmission des consommateurs de drogues par injection à leurs partenaires sexuels sera clairement l'une des composantes majeures de la prochaine épidémie. La réunion a été profitable car les participants se sont attachés à notre horizon. Vous avez examiné l'avenir à court terme et discuté des mesures nécessaires pour empêcher la propagation non maîtrisée du VIH chez les usagers de drogues par injection, puis d'eux à d'autres groupes.

Nous avons en outre reconnu que la prochaine épidémie continuera de toucher les personnes nouvellement incarcérées et qu'il est très difficile d'atteindre ce groupe qui n'a peut-être pas accès aux groupes d'aide communautaires traditionnels en matière de prévention du VIH. Les Autochtones constituent un autre groupe où l'on trouve un risque très élevé de transmission du VIH. Bon nombre des membres des populations autochtones présentent des risques très élevés, ce qui rend impératif d'élaborer une stratégie efficace et soutenue pour empêcher leur contamination. Elles devront trouver des solutions adaptées à leurs besoins, et nous devons, pour notre part, veiller à leur fournir les moyens de bénéficier de leurs efforts.

La réunion a été très utile. Elle a suscité des discussions très positives et la proposition de plusieurs initiatives. Des obstacles continuent toutefois d'entraver nos efforts. Quels sont-ils? Je pense entre autres à l'absence de leadership. Les programmes d'échange de seringues originaux ont reçu les fonds de démarrage nécessaires lorsque le ministre Beatty a pris, je crois, un risque politique en approuvant un document préparé par le personnel de Santé et Bien-être social Canada concernant la nécessité d'appuyer les programmes d'échange de seringues au Canada. Ces «bureaucrates» n'ont pas été un obstacle. Il ont au contraire présenté au ministre une stratégie novatrice. Nous savons que le ministre Beatty a fait preuve de leadership. Mais que s'est-il passé depuis? A mon avis, rien. Cette question est enveloppée d'un silence éloquent parce que n'est pas

populaire. Habituellement, les ministres fédéraux ou provinciaux élaboreront une position après seulement qu'on leur aura démontré l'appui reçu à l'égard des initiatives proposées. Souvent, celles-ci viennent des groupes communautaires et suivent la filière officielle. La même chose s'applique aux programmes d'abord élaborés au sein de la fonction publique. Une idée fait son chemin, le programme est mis au point et, si le concept obtient un appui suffisant, il franchit toutes les étapes du système. Pour résumer, l'information monte et s'il y a suffisamment d'appui, une annonce est faite. Je ne crois pas que la situation actuelle nous permette de recueillir un leadership étoffé, du fédéral ou des provinces, au chapitre de la réduction des méfaits, et plus particulièrement en ce qui concerne les usagers de drogues par injection. Je pense que l'infection au VIH des membres de cette population attire peu de popularité politique. Vous savez comme il a été difficile de mettre en place une aide soutenue pour les organisations homosexuelles. Je crains qu'il ne soit encore plus difficile d'obtenir l'aide des gouvernements pour certaines des choses dont nous avons discuté lors de cette réunion. Pouvez-vous imaginer la réaction lorsque l'on demandera la mise en place de programmes d'échange de seringues dans les prisons? Le rapport du Comité d'experts sur le sida en prison doit bientôt sortir, mais à mon avis personne ici ne croit que le fédéral acceptera ses recommandations les plus progressistes. Le pays a besoin d'un politicien d'expérience qui a saisi bien tout ce dossier et qui pourra dénoncer le fait que nos prisons sont un lieu de propagation du VIH et qu'il faut faire quelque chose pour freiner le phénomène. Quelqu'un doit prendre les devants, mais il faut admettre qu'une initiative comme la fourniture de seringues propres dans les prisons risque peu d'être accueillie à bras ouverts dans les circonscriptions électorales. Ceux d'entre nous qui peuvent épauler les politiciens doivent le faire, mais nous ne pouvons leur insuffler le courage d'accomplir ce qui s'impose malgré un climat politique houleux.

L'un des messages qui ressort de cette réunion, c'est que les possibilités sont nombreuses. Mais le temps nous presse, et à moins que des mesures ne soient prises, la société devra payer le prix de l'inaction pendant de nombreuses années.

Même si la réunion a été instructive, il reste beaucoup à faire. Les séances nous ont permis d'atteindre un consensus sur de nombreuses questions, mais nous étions entre nous. Il nous incombe maintenant de

prôner l'adoption de mesures positives cruciales pour combattre la propagation du VIH au sein de nos collectivités. Nous avons sans doute terminé la partie facile de la tâche, le plus difficile reste à venir.

Une perspective américaine

Stephen Jones

Centers for Disease Control, Atlanta

En Amérique du Nord, le Canada a fait preuve de leadership en mettant au point des programmes de prévention du VIH et de réduction des méfaits pour les consommateurs de drogues. Ce leadership a été mis en lumière par les programmes de prévention du VIH de 1989 consacrés à l'échange de seringues dans de nombreuses villes canadiennes et appuyés par les gouvernements fédéral, provinciaux et locaux. Par la publication des «Principes et recommandations concernant l'infection au VIH et la consommation de drogues par injection au Canada», qui servent de fondement aux recommandations du présent atelier, l'Amérique du Nord poursuit son rôle de chef de file. Dans l'optique de votre voisin du sud, la nette affirmation des priorités de santé publique du Canada face à la prévention du VIH et en ce qui concerne en particulier le principe premier du document, à savoir que la propagation du VIH présente plus de danger pour les particuliers et la santé publique que l'injection de drogues comme telle, est fort bien accueillie. Ce document constitue un plan à la fois excellent et exhaustif qui jette des bases solides pour la planification nationale, provinciale et locale des activités de prévention du VIH auprès des consommateurs de drogues par injection.

Au cours de mon exposé, j'aborderai rapidement deux sujets, à savoir les priorités des études d'épidémiologie et d'évaluation et le phénomène nord-américain de la pureté de plus en plus grande de l'héroïne. Je présenterai ensuite des arguments en faveur de l'augmentation du nombre de seringues stériles pour les consommateurs de drogues par injection.

L'un des points forts des programmes canadiens de prévention du VIH chez les consommateurs de drogues par injection est l'engagement à l'égard de l'évaluation. En ce qui concerne la recherche ultérieure, plusieurs secteurs semblent particulièrement importants et mériteraient des travaux plus poussés :

1. D'une part, les études de comportement qui utilisent l'ethnographie et les méthodes qualitatives pour mieux comprendre le pourquoi des activités à risque particulièrement élevé que sont le partage du matériel

d'injection par plusieurs personnes et les rapports sexuels non protégés et d'autre part l'assistance que nous pouvons apporter aux consommateurs de drogues par injection pour réduire ou éliminer ces risques.

2. Les études visant à découvrir comment les consommateurs de drogues par injection obtiennent, utilisent et nettoient les aiguilles et les seringues puis en disposent. Ces études nous permettraient de voir dans quelle mesure les interventions de santé publique tels les échanges de seringues et les ventes ou la distribution accrues des pharmacies influent sur l'utilisation des aiguilles et des seringues, particulièrement sur le partage de ce matériel par plusieurs usagers.
3. Les études sur l'incidence du VIH effectuées à Montréal et qui suivent les consommateurs de drogues par injection non infectés dans le but de déterminer les comportements liés au risque de contracter le virus.
4. Enfin, la réduction des méfaits présente une nouvelle approche importante dans le domaine de la santé publique. Il importe de mener des études soigneusement conçues dont les données permettront, dans quelques années, de démontrer l'efficacité de cette approche.

L'héroïne

Au cours du présent atelier, on nous a informés qu'il y avait eu des décès par surdose à cause d'une héroïne exceptionnellement pure à Vancouver et dans des prisons de l'Ontario. La U.S. Drug Enforcement Authority (DEA) a acheté régulièrement de l'héroïne dans les rues de plusieurs villes américaines. La pureté de la drogue est sept fois plus élevée qu'elle ne l'était, étant passée de moins de 5 p. 100 à 35 p. 100. Les prix ont chuté de 4 \$ le milligramme en 1980 à 1,50 \$ environ en 1992. L'héroïne d'une plus grande pureté permet à ses utilisateurs de se défoncer lorsqu'ils la reniflent, alors que cela est tout à fait impossible si elle est d'une pureté inférieure (5 à 10 p. 100). Il est maintenant courant de renifler de l'héroïne dans des

villes comme New York où la force de cette drogue dépasse la moyenne nationale, soit de l'ordre de 60 p. 100. Les consommateurs reniflent l'héroïne en partie pour éviter le risque de contracter le VIH par injection. Nous ne connaissons pas toutes les «forces du marché» derrière ce changement. Si celles-ci changent et que l'héroïne devient moins pure, bon nombre de ceux qui la reniflent se tourneront vers l'injection et auront besoin de matériel sûr pour éviter l'infection au VIH.

Voici mon message : inondez le monde d'aiguilles et de seringues stériles, donnez aux consommateurs de drogues par injection plus de «d'équipement». La disponibilité de matériel stérile et neuf est la clé de la prévention du VIH. Nous devrions viser à ce que chaque injection soit faite avec une aiguille et une seringue stériles. Il ne faudrait se servir de l'aiguille et de la seringue qu'une seule fois puis en disposer convenablement.

Examinons les raisons. A chaque injection intraveineuse, on tire un peu de sang dans la seringue pour s'assurer que la pointe de l'aiguille a bien pénétré la veine. Par conséquent, chaque seringue utilisée pour de telles injections est contaminée à chaque utilisation. Le sang contaminé peut contenir le VIH et/ou l'hépatite B ou C et/ou le HTLV I et/ou II et une série d'autres maladies infectieuses transmises par le sang.

L'eau de javel

Si l'aiguille et la seringue sont contaminées, dans quelle mesure la désinfection à l'eau de javel peut-elle permettre de réutiliser la seringue de façon sécuritaire? Les principes et recommandations que l'on trouve dans le document des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) sont très clairs à ce sujet (CDC, 1993). Les conseils sur le nettoyage du matériel d'injection à l'eau de javel devraient clairement indiquer que le nettoyage n'offre pas une pleine protection contre l'infection et que le nettoyage ne remplace pas l'utilisation de matériel neuf. En fait, le nettoyage à l'eau de javel ne peut qu'aider à prévenir l'infection lorsqu'il est impossible de se procurer du matériel neuf.

S'il faut faire un choix personnel entre utiliser une seringue stérile et une seringue désinfectée à l'eau de javel, le choix est clair. Si j'ai besoin d'une injection, je choisirai toujours une seringue neuve, jamais utilisée, plutôt qu'une seringue désinfectée, même le plus soigneusement possible mais déjà utilisée. Toutefois, lorsqu'aucun matériel neuf n'est

disponible, la désinfection à l'eau de javel peut sauver des vies.

Pour illustrer ce que l'on peut faire pour accroître la disponibilité des seringues, je vous parlerai de ce qui a été mis en oeuvre en Australie, pays qui a adopté de nombreuses mesures de réduction des méfaits dans les années 80. On y a augmenté de dix fois la capacité de traitement par l'entretien à la méthadone et ouvert un réseau d'échange de seringues. Les pharmaciens y ont instauré un programme de santé publique avec vente illimitée de seringues et, dans certaines pharmacies, un programme d'échange de seringues. Un sondage effectué en 1990 auprès de 500 consommateurs de drogues par injection, à Sydney, montre la facilité de se procurer des seringues neuves. Selon la réponse moyenne, il est facile de se procurer une seringue neuve 93 p. 100 du temps. Vous devriez poser la même question aux consommateurs de votre ville, de votre province. Que répondraient-ils? Aux États-Unis, le pourcentage serait beaucoup moins élevé qu'à Sydney en 1990.

L'accès généralisé à du matériel neuf n'est pas suffisant pour éliminer le partage de seringues. Les deux tiers des consommateurs de drogues par injection de Sydney utilisaient parfois du matériel déjà utilisé. En moyenne, 14 p. 100 des injections étaient faites avec du matériel utilisé par d'autres.

Quels sont les motifs invoqués par les consommateurs de drogues de Sydney pour utiliser du matériel souillé? Un peu plus de la moitié de ceux qui ont utilisé le matériel de quelqu'un d'autre ne pouvaient, au moment de l'injection, obtenir une aiguille ou une seringue neuve. Les autres motifs fournis laissent supposer que les effets de la drogue (notamment l'état de besoin, les symptômes de l'état de manque et l'intoxication) l'ont emporté sur la répugnance à utiliser le matériel de quelqu'un d'autre. La toute première injection a aussi été pratiquée dans un contexte de partage.

Il semble que le dénominateur commun soit que la pénurie de nouveau matériel donne lieu au partage de seringues. Nous devrions étudier le phénomène du partage du matériel d'injection jusqu'à ce que nous le comprenions bien et que nous soyons en mesure d'aider les consommateurs de drogues à l'éviter. Les études devraient prendre la forme de recherches officielles et de sondages plus informels auprès des personnes que vous servez. Je propose «d'inonder le marché» de seringues neuves afin que chaque

utilisateur en ait de dix à vingt, ce qui réduirait considérablement le partage de seringues.

Voici les étapes qui me semblent appropriées :

1. Faire en sorte que les programmes d'échange de seringues servent un plus grand nombre de consommateurs par injection et accroissent le volume de distribution des seringues.
2. Créer et renforcer des partenariats avec les pharmacies, les centres de santé, les bureaux de médecins et les organismes de traitement des toxicomanes pour assurer la distribution, la vente ou l'échange de seringues et trouver d'autres moyens de prévention. La participation active des pharmaciens sera importante pour accroître l'accès à du matériel d'injection neuf.
3. Travailler avec les corps policiers et d'autres organismes chargés d'appliquer la loi afin qu'ils comprennent l'importance des seringues stériles pour la prévention du VIH et pour la santé publique, et afin également que les consommateurs de drogues par injection qui possèdent plusieurs seringues soient félicités plutôt que harcelés.
4. Développer un consensus parmi les consommateurs de drogues par injection et les partenaires en vue de rendre les seringues neuves plus accessibles, en visant comme objectif une seringue par injection.
5. Communiquer l'objectif «une seringue par injection» aux consommateurs de drogues par injection de la collectivité.

6. Vérifier, par différentes approches, le succès de votre programme de distribution de seringues parmi les consommateurs de drogues par injection.
7. Mettre l'accent sur la mise au rebut sécuritaire des aiguilles et des seringues. Si nous réussissons à inonder le marché de seringues neuves, le nombre de seringues usagées augmentera, et certaines d'entre elles seront retournées aux programmes d'échange. Les collectivités devraient trouver des moyens sécuritaires d'éliminer les seringues, par exemple en plaçant des contenants pour objets acérés dans des endroits facilement accessibles aux consommateurs. A Vancouver, le Downtown Eastside Youth Activities Services a placé de tels contenants dans les édifices des tribunaux et dans les camionnettes de la police. Les consommateurs de drogues par injection doivent faire preuve de responsabilité dans leur façon de disposer de leurs seringues usagées.

En augmentant sensiblement le nombre des seringues, nous devrions réduire leur partage et ce faisant, freiner la transmission du VIH.

Bibliographie

CDC, Centers for Disease Control and Prevention. (19 avril 1993). HIV/AIDS Prevention Bulletin.

Une perspective britannique

Andrew M. Bennett

Mersey Drug Training and Information Centre

On m'a demandé aujourd'hui de donner mon point (de vue sur les discussions qui ont eu lieu lors de cette réunion relativement à l'élaboration d'une stratégie nationale sur le sida et la consommation de drogues. Je vais vous décrire la démarche suivie à Merseyside, en Angleterre, d'où je viens. Cette approche inclut une stratégie de réduction des méfaits complète, à plusieurs facettes qui comprend un programme d'échange de seringues mais va bien au-delà.

Introduction

Le secteur desservi par le département de santé régional de Mersey (Mersey Regional Health Authority ou MRHA) comprend les comtés de Merseyside et de Cheshire. En 1993, Merseyside englobait les cinq District Health Authorities (DHA) ou départements de santé des districts de Liverpool, Wirral, South Sefton, Southport et St. Helens, et Knowsley. Cheshire regroupait les cinq districts suivants : Chester, Warrington, Halton, Crewe et Macclesfield. En 1993, la population du MRHA s'élevait à 2 412 833 habitants.¹

En 1991 (données du recensement), le taux de chômage moyen du MRHA atteignait 12,6 p. 100, celui de Liverpool, 21,6 p.100.

Nature et étendue de l'usage des drogues dans la région de Mersey

La région de Mersey affiche un taux élevé de consommation de drogues. Selon les estimations locales, il y aurait de 15 000 à 20 000 consommateurs réguliers d'opiacés, dont au moins 50 p. 100 par injection. En 1993, la région de Mersey venait au deuxième rang pour le nombre des toxicomanes déclarés² (3 663) et affichait le pourcentage le plus élevé des toxicomanes déclarés par million de population (1 518) de tous les départements de santé

¹ A partir du 1er octobre 1993, certains DHA ont fusionné. En date du 1er avril 1994, le MRHA fait partie du North West Regional Health Authority.

² Tous les médecins doivent informer le Home Office de toute personne qui utilise l'une des 13 drogues opiacées ou la cocaïne.

régionaux du Royaume-Uni (Mersey Regional Health Authority, 1994). La consommation d'amphétamines, d'ecstasy, de cocaïne et de LSD a beaucoup augmenté depuis les cinq dernières années. Cette forte hausse s'explique sans aucun doute en grande partie par la culture populaire qui intègre la «house music», les clubs et l'ecstasy. Le cannabis demeure la drogue illégale la plus largement répandue. Une étude récemment effectuée dans le nord-est de l'Angleterre révèle que 42 p. 100 des jeunes de 16 ans l'ont essayé (Parker and Measham, 1994).

Principes

Depuis 1986, la région de Mersey a trouvé une réponse pragmatique aux drogues et au VIH, en les intégrant aux autres problèmes de santé publique. Cette approche est conforme aux recommandations faites par le Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD), en 1988 :

«...nous n'hésitons pas à conclure que la propagation du VIH représente un plus grand danger pour la santé publique que l'abus des drogues. Par conséquent, il faudrait privilégier par tous les moyens, dans nos plans de développement, les services qui visent à réduire l'incidence des comportements à risque».

Compte tenu de ce principe, on a priorisé les services ayant comme objectif de freiner le risque de contracter ou de transmettre le VIH. Dans la région de Mersey et dans l'ensemble du Royaume-Uni, de nombreux services voient dans la réduction des risques un concept plus large visant à diminuer les méfaits des drogues sur la santé ainsi que les méfaits criminels ou sociaux (Stimson, 1990). Le concept de la réduction des méfaits de la drogue peut être appliqué selon la hiérarchie d'objectifs suivante :

- éviter de partager le matériel d'injection;
- passer de la consommation par injection à la consommation par voie orale;
- diminuer la consommation de drogues;
- se libérer des drogues.

Réduction des méfaits de la drogue

En 1989, le Mersey Regional Drug Advisory Committee (comité consultatif régional de Mersey sur les drogues) a fourni des lignes directrices sur la planification de tous les services liés aux drogues et au VIH. Selon la stratégie, les services devaient :

- contacter les consommateurs de drogues;
- maintenir le contact;
- susciter un changement des comportements.

La stratégie régionale de Mersey a mis en place les services suivants :

Projets d'échange de seringues

Dans la région de Mersey, il existe quatorze centres d'échange de seringues qui fournissent du matériel d'injection propre et des condoms. Bon nombre de ces centres ont évolué et offrent aussi aujourd'hui une gamme d'autres services de santé primaires aux consommateurs de drogues par injection et aux prostitués, notamment des instructions sur la façon la plus sûre de s'injecter des substances, des tests confidentiels de dépistage du VIH et le diagnostic et le traitement de certaines conditions comme les abcès et la septicémie.

En 1993, au moins 3 000 consommateurs de drogues par injection ont rendu plus de 23 000 visites à ces centres. La même année, 691 297 ensembles de seringues ont été distribués et 797 626 ont été retournés (Mersey Regional Health Authority, 1994).

Les pharmacies constituent une autre source de matériel d'injection facilement accessible. A Liverpool, par exemple, vingt pharmaciens ont organisé un programme d'échange gratuit.

Travail de sensibilisation

Dans certaines parties de la région, des intervenants ont été déployés pour prendre contact avec la population cachée des consommateurs de drogues par injection, des prostitués ou d'autres personnes qui risquent d'être infectés par le VIH. Ainsi, dans le district de Wirral, six intervenants ont mis à la disposition des consommateurs de drogues par injection et des prostitués qui n'ont recours à aucun service, un autobus où ils peuvent échanger leurs seringues et obtenir des services de santé de base.

Cliniques d'ordonnances flexibles

Chaque district de la région de Mersey exploite un service d'établissement d'ordonnances à partir d'une clinique pour les personnes dépendantes de substances ou de l'équipe communautaire qui s'occupe des toxicomanes. En ce moment, plus de 3 500 personnes bénéficient de ce service. Chaque service offre des régimes de prescription flexibles, allant de la désintoxication à court terme à l'entretien à long terme. Une mixture de méthadone à prendre par voie orale est prescrite à la majorité des clients (environ 80 p. 100). Une minorité importante reçoit de la méthadone par injection (environ 15 p. 100) ou de l'héroïne par injection (5 p. 100).

L'ordonnance d'entretien a toujours été utilisée pour stabiliser les consommateurs dépendants et au comportement chaotique, afin de réduire leurs activités criminelles, d'améliorer leur santé, de les aider à sortir du milieu de la drogue et d'empêcher l'escalade de l'usage des drogues. Depuis l'apparition du VIH, on recommande ce genre d'ordonnance pour attirer les consommateurs de drogues par injection dans les services (Advisory Council on the Misuse of Drugs, 1988).

En outre, bon nombre d'omnipraticiens prescrivent aussi des substituts habituellement un mélange de méthadone, à leurs clients.

Information

Deux services fournissent de l'information régionale et du counseling.

1. Le Mersey Drug Training and Information Centre (MDTIC) diffuse de l'information par l'entremise d'une bibliothèque publique, offre un service de counseling, et s'occupe de l'organisation de campagnes et d'un service de publications. Son but est de fournir rapidement une information objective sur les drogues, qui soit conviviale et culturellement adaptée aux besoins. Pour y parvenir, il emprunte souvent à la culture correspondant à certaines drogues. Récemment, des campagnes assez novatrices, comme «Chill Out», ont été consacrées aux consommateurs ludiques d'ecstasy et d'autres drogues liées à la «house music» et aux clubs (McDermott, et al., 1993). Plusieurs dépliants ont été publiés et largement diffusés, les plus récents portant sur l'héroïne, la cocaïne, le LSD, le cannabis, les solvants, l'hépatite, le VIH, les stéroïdes anabolisants, la méthadone, et les femmes.

2. Healthwise est une ligne d'information gratuite pour les personnes qui veulent se renseigner sur les drogues, le VIH et d'autres sujets. Le service offre des conseils, de l'information et réfère aux services appropriés douze heures par jour, tous les jours de l'année.

Counseling et soutien

Chaque district de la région de Mersey compte au moins un service général de counseling et de soutien pour les consommateurs de drogues et leurs parents et amis. La plupart d'entre eux offrent un centre d'accueil sans rendez-vous, de l'information et des conseils, du counseling individuel et un service d'aiguillage vers d'autres services généraux de soins de santé et de soins sociaux, des centres de réadaptation en établissement et des groupes d'aide aux familles.

Coopération avec les policiers

La Police de Merseyside a une feuille de route impressionnante au chapitre de l'application de la loi pour les délits liés à la drogue. Ces policiers viennent au deuxième rang dans toute l'Angleterre pour les arrestations et les inculpations pour ce genre de délits (Home Office, 1990). Ils sont aujourd'hui reconnus à l'échelle nationale pour le dynamisme dont ils font preuve dans leur collaboration avec la Commission des services de santé et les services s'occupant des consommateurs de drogues, afin de susciter une meilleure réponse au problème de l'usage de drogues, particulièrement en ce qui concerne la transmission du VIH. Le corps policier participe aux divers comités consultatifs sur les drogues et assiste les services s'occupant des consommateurs de drogues dans leur travail, en acceptant par exemple de ne pas les surveiller, en dirigeant les coupables d'infractions en matière de stupéfiants vers les services compétents, et en appuyant publiquement les programmes d'échange de seringues ainsi que les campagnes d'information. Voici ce que le chef de l'escouade antidrogue a déclaré :

«Dans le serment d'office que nous avons prononcé en tant qu'agents de police, nous nous sommes engagés à protéger la vie. Dans le secteur des drogues, les policiers doivent à la fois sauver des vies et faire respecter les lois. Nous devons donc trouver les consommateurs de drogues par injection et les aider à obtenir l'aide dont ils ont besoin, mais nous devons en même temps nous efforcer de les garder en santé, car nous sommes aussi leurs policiers.»

(O'Connell, 1990).

Sommaire

La politique sur les stupéfiants de la région de Mersey est pragmatique et vise à réduire les méfaits de la consommation. Elle ne se préoccupe ni de faire la morale ni de faire la promotion du plaisir. Comme l'a déclaré John Strang, «Tant l'hédoniste que le puritain peuvent réduire les méfaits» (1993). Elle ne se préoccupe pas non plus de faire avancer la légalisation ou de favoriser la décriminalisation. La suggestion à l'effet que l'adoption d'une approche de santé publique constitue «un premier pas dans un engrenage» menant à la légalisation découle de l'ignorance, d'une pensée irréfléchie, et pourrait être dangereuse.

On retrouve dans la région de Mersey une approche souple, à multiples facettes, qui englobe la prévention primaire et la réduction des méfaits. Cette approche prévoit un large éventail de services répondant à un large éventail également de besoins. Ces services s'adressent notamment aux toxicomanes libérés de leur habitude, aux toxicomanes désireux de s'en sortir et à ceux qui consomment. Il est erroné de croire que l'on se préoccupe essentiellement d'entretenir les consommateurs de drogues en leur procurant des substituts et de diffuser de l'information sur les façons sécuritaires de se droguer.

Les contacts avec les consommateurs de drogues se sont progressivement multipliés depuis cinq ans, et il semble que les services voient de moins en moins de problèmes de santé liés à la consommation de drogues et que les crimes liés à l'acquisition de drogues ont aussi régressé. Le partage de matériel d'injection déclaré par les usagers aurait diminué, ce qui indique un changement de comportement positif. Enfin, selon les indicateurs disponibles, la région de Mersey aurait un très bas niveau d'infection au VIH, en fait, l'un des plus bas de l'Europe. En décembre 1993, seulement dix-neuf consommateurs de drogues par injection ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH (Mersey Regional Health Authority, 1994).

J'espère que cette description de la façon dont nous sommes parvenus à réduire les méfaits liés à la consommation de drogues par injection à Merseyside pourra vous être utile dans l'élaboration de votre plan d'action national. Je vous souhaite tout le succès possible dans cette entreprise.

Bibliographie

Advisory Council on the Misuse of Drugs. (1988). *AIDS and Drug Misuse*, Première partie. HMSO.

Home Office. (1990). Statistics of the misuse of drugs: seizures and offenders dealt with, United Kingdom, 1989: Area Tables. Government Statistical Office.

McDermott P, Mathews A., O'Hare P. et A. Bennett. (1993). Ecstasy in the United Kingdom: recreational drug use and subcultural change. In *Psychoactive Drugs and Harm Reduction From Faith To Science*. N. Heather, A. Wodak, E. Nadelman, et R O'Hare. (Ed.). Whurr : NY.

Mersey Regional Health Authority. (1994). Drugs in Mersey: An examination of known levels of drug use and drug service uptake in the Mersey Regional Health Authority area in 1993.

O'Connell D. (1990). The Role of the Police in Merseyside. Presentation at the *First International Conference on the Reduction of Drug Related Harm*, Liverpool, avril 1990.

Parker H. et F. Measham. (1994). Pick'n'Mix: changing patterns of illicit drug use amongst 1990's adolescents. *Drugs Education, Prevention and Policy*, 1(1).

Stimson G. (1990). AIDS and HIV: The challenge for British drug services. *British Journal of addiction*, 85.

Strang J. (1993). Drug use and harm reduction: responding to the challenge. *Psychoactive Drugs and Harm Reduction From Faith To Science*. Tiré de N. Heather, A. Wodak, E. Nadelman, et P. O'Hare. (Ed.). Whurr : NY.

Principes et recommandations concernant l'infection au VIH et la consommation de drogues par injection

Document

Le document suivant a été publié dans le but de servir de fondement au présent Atelier. Il porte essentiellement sur la consommation de drogues par injection et a servi à étayer les discussions et les recommandations traitant d'aspects connexes plus vastes, notamment le lien entre le VIH et l'usage de l'alcool et des autres drogues. Lors du seul vote passé durant l'Atelier, les participants ont convenu, à la séance plénière finale, d'adopter et de faire valoir le document comme le fondement d'un plan d'action global sur le VIH et l'usage de l'alcool et des autres drogues.

Ce document traduit strictement les opinions des auteurs, sans engager Santé Canada.

Chair/Présidente : *Catherine Hankins*
Public Health Epidemiologist/Médecin épidémiologiste, Montréal

Members/Membres : *John Blatherwick*
Medical Health Officer, Vancouver

Len Blumenthal
Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, Edmonton

Julie Bruneau
Clinique de désintoxication, Montréal

Marvin Burke (deceased/décédé)
Executive Director, Nova Scotia Commission on
Drug Dependency, Halifax

Randall Coates (deceased/décédé)
University of Toronto

André Corriveau
Inuulitsivik Health Center, Povungnituk

Brian Kearns
Executive Director, Alberta Alcohol and
Drug Abuse Commission, Edmonton

Pierre Lauzon
Centre de recherche sur le sida pour narcomanes, Montréal

James Rankin
Ontario Addiction Research Foundation, Toronto

Stanley Read
Infectious Diseases Clinician, Toronto

Michael Rekart
Director, STD Control, Vancouver

David Walters
Canadian Medical Association, Ottawa

Ex-officio : *Normand Lapointe*
Chair, NAC-AIDS 1989-92, Montréal
Président, CCN-SIDA 1989-1992, Montréal

TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION	1
REFERENCES	4
PRINCIPLES	5
RECOMMENDATIONS	7
<i>General Information and Education</i>	<i>7</i>
<i>Preventive Services</i>	<i>7</i>
<i>Drug and Alcohol Treatment Services</i>	<i>9</i>
<i>Role of Physicians</i>	<i>11</i>
<i>Hospital-Based Services</i>	<i>12</i>
<i>Correctional Settings</i>	<i>13</i>
<i>Research and Evaluation</i>	<i>15</i>

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
RÉFÉRENCES	4
PRINCIPES	5
RECOMMANDATIONS	7
<i>Information générale et éducation</i>	<i>7</i>
<i>Services de prévention</i>	<i>7</i>
<i>Services de traitement de l'alcoolisme et autres toxicomanies</i>	<i>7</i>
<i>Rôle du médecin</i>	<i>11</i>
<i>Services hospitaliers</i>	<i>12</i>
<i>Établissements de détention</i>	<i>13</i>
<i>Recherche et évaluation</i>	<i>15</i>

Acknowledgements:

The Chair expresses gratitude to the following individuals who assisted in the preparation of this document: Sylvie Gauthier, Michèle Gauthier, Manon Hudson, Sylvie Gendron.

A special word of thanks goes to Kim Elmslie and Betsy McKenzie of Health Canada who provided helpful support and encouragement to the Working Group on HIV infection and Injection Drug Use of the National Advisory Committee on AIDS.

Remerciements:

La présidente aimerait remercier les personnes suivantes qui ont assisté à la préparation de ce document : Sylvie Gauthier, Michèle Gauthier, Manon Hudson, Sylvie Gendron.

De sincères remerciements à l'endroit de Kim Elmslie et Betsy McKenzie de Santé Canada, qui ont supporté et encouragé le Groupe de travail sur l'infection au VIH et la consommation de drogues par injection du Comité consultatif national sur le SIDA.

INTRODUCTION

The first case of acquired immune deficiency syndrome (AIDS) in an injection drug user in Canada was reported in 1982. As of July 1993, 478 people with AIDS who have injected drugs have been notified to the Laboratory Centre for Disease Control of whom 286 or 60 per cent have died. These cases represent only a small proportion of the total number of injection drug users (IDU) with human immunodeficiency virus (HIV) infection in Canada. Research teams in Montreal, Toronto, and Vancouver are monitoring the situation closely in an attempt to determine actual infection rates and the size of the populations of injection drug users who are at risk. Proportions of injection drug users with HIV infection vary from 3-4 per cent in Vancouver (Rekart 1990, personal communication) to 4-5 per cent in Toronto (Coates 1990, personal communication) and 10-15 per cent in Montreal. Among male and female provincial prison inmates in Quebec who have injected drugs, the rates are 8 per cent and 13 per cent respectively (Hankins et al, 1991; 1994).

Among those who are actively working to prevent HIV transmission among injection drug users at the global level there is a consensus that aggressive efforts to keep overall infection rates below 10 per cent are warranted. Beyond this infection level the epidemic can become explosive, as evidenced by the experience of several large urban centres. In cities such as Edinburgh, Scotland HIV seroprevalence was 5 per cent in 1983 and soared to 57 per cent by 1985 (Robertson et al, 1986). In Bangkok, Thailand serosurveys conducted from 1987 to 1988 among IDU clinic attenders demonstrated rises in prevalence from 1 per cent to 43 per cent (Berkelman et al, 1989), and a study at an outpatient narcotic clinic showed an increase from 16 per cent to 45 per cent between 1987 and 1989 (Vanichseni et al, 1990). For both Edinburgh and Bangkok the major factor accelerating the spread of HIV among injection drug users was the restricted availability of sterile injecting equipment which lead to widespread borrowing and lending of needles and syringes among injection drug users.

C'est en 1982 que le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) a été décelé pour la première fois chez un usager de drogues par injection. Depuis juillet 1993, 478 personnes atteintes du sida et qui étaient usagers de drogues par injection ont été signalées au Comité consultatif national sur le sida; parmi celles-ci, 286 (60 %) sont mortes aujourd'hui. Ces cas ne représentent qu'une faible proportion du nombre total d'usagers de drogues par injection (UDI) infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Canada. Des équipes scientifiques à Montréal, Toronto et Vancouver suivent la situation de près de manière à évaluer le nombre de cas d'infection réels et l'importance des populations UDI à risque. La proportion d'usagers de drogues par injection infectés par le VIH varie de 3 à 4 % à Vancouver (Rekart 1990, communication personnelle), de 4 à 5 % à Toronto (Coates 1990, communication personnelle) et de 10 à 15 % à Montréal. Parmi les détenus des établissements provinciaux de détention du Québec qui ont consommé des drogues par injection, le taux d'infection est de 8 % chez les hommes et de 13 % chez les femmes (Hankins et al, 1991; 1994).

Ceux et celles qui sont engagés activement dans la lutte mondiale contre la propagation du VIH liée à la consommation de drogues par injection s'accordent sur la nécessité de déployer toutes les énergies afin de maintenir le taux global d'infection en deçà de 10 %, sinon l'épidémie risque d'être fulgurante comme on le constate d'ailleurs dans plusieurs grands centres urbains. À Édimbourg (Écosse), par exemple, la séroprévalence, qui était de 5 % en 1983, a grimpé à 57 % en 1985 (Robertson et al, 1986). Selon des études séroépidémiologiques menées en 1987 et en 1988 à Bangkok (Thaïlande) auprès d'UDI faisant l'objet d'un traitement en clinique, la prévalence est passée de 1 à 43 % (Berkelman et al., 1989), et une autre étude dans une clinique externe de désintoxication rendait compte d'un taux d'accroissement de 16 à 45 % entre 1987 et 1989 (Vanichseni et al., 1990). À Édimbourg comme à Bangkok, c'est l'accessibilité limitée, voire la pénurie de matériel d'injection stérile qui a le plus contribué à la flambée

In 1988, preliminary findings that HIV-1 infection levels were as high as 15 per cent among injection drug users incarcerated in a medium security provincial correctional institution for women in Quebec (Hankins 1988, personal communication; 1989) lead to concern on the part of the National Advisory Committee on AIDS (NAC-AIDS) that a silent epidemic among Canadian injection drug users might well be underway. To facilitate a rethinking in Canada of drug policies in the context of AIDS as well as of HIV infection in the context of injection drug use, NAC-AIDS established a Working Group on HIV Infection and Injection Drug Use with expert members appointed from the fields of drug treatment and rehabilitation, as well as epidemiology and public health. The mandate of the group, which first met in October, 1988, was to assess the magnitude of HIV seroprevalence among Canadian injection drug users, to identify issues, and to make recommendations concerning the development of collaborative national strategies to reduce the transmission of HIV associated with injection drug use in Canada.

Among several outcomes of this Working Group is the document in your hands. The first section to be developed concerned correctional settings, in response to the research evidence that HIV infection was clearly at an unanticipated level in a correctional setting. This section had already been approved by NAC-AIDS and forwarded for ministerial study as the Working Group undertook, in late 1989, the larger task of developing Canadian principles and recommendations to address the HIV / AIDS epidemic among injection drug users. After studying publications from several countries, the committee took its inspiration from a British document published in 1988 entitled: AIDS and Drug Misuse, Report by the Advisory Council on the Misuse of Drugs, Department of Health and Social Security. After intensive scrutiny, serious rethinking, extensive rephrasing, and many hours of discussion over a period of eighteen months, the document entitled Principles and Recommendations Regarding HIV Infection and Injection Drug Use in Canada was completed. Without the motivation and dedication of the Working Group members who committed long hours to the task, this document

épidémique du VIH chez les usagers de drogues par injection, un grand nombre d'entre eux n'ayant d'autre choix que de partager des aiguilles et des seringues déjà utilisées.

En 1988, des résultats préliminaires ont révélé que le taux d'infection par le VIH-1 atteignait 15 % chez les femmes UDI détenues dans un établissement provincial de détention à sécurité intermédiaire au Québec (Hankins 1988, communication personnelle; 1989), ce qui a alerté le Comité consultatif national sur le sida (CCN-SIDA) quant à la possibilité d'une épidémie insidieuse faisant rage chez les usagers de drogues par injection au Canada. Afin de susciter une nouvelle réflexion sur les politiques en matière de consommation de drogues par injection et sur le problème de la propagation du VIH au Canada, le CCN-SIDA a mis sur pied un groupe de travail sur l'infection au VIH et la consommation de drogues par injection, constitué de spécialistes en toxicomanie (traitement et réadaptation), en épidémiologie et en santé publique. Réuni pour la première fois en octobre 1988, ce groupe avait pour mandat d'évaluer le pourcentage de personnes séropositives chez les UDI au Canada, d'identifier les enjeux et de faire des recommandations sur les stratégies de concertation nationale à adopter afin de freiner la propagation du VIH liée à la consommation de drogues par injection au Canada.

Le présent document compte parmi l'une des nombreuses réalisations du groupe de travail. Une première étape a consisté à faire état de la situation en milieu carcéral après qu'une enquête ait révélé un taux effarant d'infection par le VIH dans un établissement provincial. Ce rapport, approuvé par le CCN-SIDA, avait déjà été transmis aux instances ministérielles pour considération lorsque, vers la fin de 1989, le groupe de travail a entrepris la tâche plus complexe de formuler ce que seraient les principes et les recommandations canadiens pour contrer l'épidémie du sida et la propagation du VIH chez les usagers de drogues par injection. Après avoir pris connaissance d'un certain nombre de publications parues dans divers pays, le groupe a retenu un document publié en 1988 par le ministère britannique de la Santé et de la Sécurité sociale intitulé : «AIDS and Drug Misuse, Report by the Advisory Council on the Misuse of Drugs». Un

would not have seen the light of day. Subsequently, it was forwarded to NAC-AIDS where the continuing process of serious debate and deliberation ended in approval of a lightly modified document by NAC-AIDS in August, 1990. The Minister of Health Canada, the Honourable Mary Collins, provided permission in October 1993 to allow this updated version of the document to be made available.

The purpose of this publication is to stimulate discussion, to challenge our perceptions, and to motivate all of us to examine policies and practices in agencies, departments, municipalities, hospitals, correctional services, and educational systems which may be contributing to the spread of HIV infection, affecting the quality of care, or which may be discriminatory. As we enter 1994, Canada can no longer afford to miss a window of opportunity to provide AIDS prevention knowledge, to create a positive social climate which will foster individual preventive behaviours, and to provide injection drug users with the means to prevent the spread of HIV in our communities and in our prisons. It is timely to rekindle the debate regarding the pervasive role of drugs in our contemporary society and potential solutions to the challenges it presents.

As we are now all too well aware, the heterosexual transmission of HIV infection in Canada is in part fueled by the epidemic among injection drug users, the majority of whom have non-injecting sexual partners. Increasing numbers of children are being born to women in Canada with HIV infection acquired through injection drug use or through sexual activity with an injection drug user.

It is time to set aside our prejudices and to think creatively about this growing problem.

MD, MSc, CCFP, FRCPC
Chair/Présidente,

NAC-AIDS Working Group on HIV Infection and Injection Drug Use/Groupe de travail sur l'infection au VIH et la consommation de drogues par injection du CCN-SIDA

examen attentif et une révision globale de la situation, une reformulation exhaustive des textes, et plusieurs heures de discussions échelonnées sur une période de dix-huit mois ont débouché sur le document intitulé : «Principes et recommandations concernant l'infection au VIH et la consommation de drogues par injection au Canada». Sans la motivation et le dévouement des membres du groupe qui ont consacré de longues heures à sa préparation, ce document n'aurait jamais vu le jour. Il a, par la suite, été présenté au CCN-SIDA qui, après discussion et délibération, l'a approuvé en août 1990, avec de légères modifications. La diffusion de la présente version a été autorisée, en octobre 1993, par la Ministre de Santé Canada, l'Honorable Mary Collins.

Ce document a pour but de susciter la discussion, de remettre en question nos perceptions et de nous inciter à réévaluer les politiques et les pratiques des organismes, des ministères, des municipalités, des centres hospitaliers, des services correctionnels et du réseau de l'éducation qui sont susceptibles de contribuer à l'augmentation du risque d'infection par le VIH, ce qui affecte la qualité des soins dispensés, ou encore qui peuvent être discriminatoires. À l'aube de 1994, le Canada n'a d'autre choix que de prendre part au développement de la connaissance des moyens de prévention du sida, de créer un climat social positif susceptible d'amener les gens à adopter un comportement préventif, et de donner aux UDI les moyens d'empêcher que l'infection par le VIH ne se propage ni dans la population en général ni dans nos prisons. Il est grand temps de rouvrir le débat sur la drogue, fléau de la société contemporaine, et de proposer des solutions concrètes.

Il est de notoriété publique que la propagation du VIH par voie hétérosexuelle est en partie causée par l'épidémie chez les usagers de drogues par injection qui, pour la plupart, ont des partenaires sexuels non-consommateurs de drogues. Au Canada, de plus en plus d'enfant naissent de femmes infectées par le VIH suite à la consommation de drogues par injection ou à des relations sexuelles avec un UDI.

Devant la gravité de la situation, le temps est venu de mettre les préjugés de côté et de faire preuve de créativité.

REFERENCES

- Berkelman RL, Heyward WL, Stehr-Green JK, Curran JW. (1989). Epidemiology of human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. *The American Journal of Medicine*, 86, 761-770.
- Federal Centre for AIDS. *AIDS in Canada*. October 7, 1991.
- Hankins CA, Gendron S, Richard C, O'Shaughnessy M. (1989). HIV-1 infection in a medium security prison for women Québec. *Canada Diseases Weekly Report*. 15-33, 168-170.
- Hankins CA, Gendron S, Handley M, Rouah F, O'Shaughnessy M. (1991). HIV-1 infection among incarcerated men Québec. *Canada Diseases Weekly Report*. 17-43, 233-235.
- Hankins CA, Gendron S, Handley MA, Richard C, Lai Tung MT, O'Shaughnessy M. (1994). HIV and women in prison: Assessment of risk factors using a non-nominal methodology. *American Journal of Public Health*, in press.
- National Advisory Committee on AIDS. Minutes of the meeting of October 21, 1993.
- Robertson JR, Bucknall ABV, Welsby PD, et al. (1986). Epidemic of AIDS-related virus (HTLV-III/LAV) infection among intravenous drug users, *British Medical Journal*. 292, 527-539.
- Vanichseni S, Sakuntanaga P, et al. (1990). *Results of three seroprevalence surveys for HIV in IVDU in Bangkok*, VIth International Conference on AIDS. San Francisco. [FC 105].

RÉFÉRENCES

- Berkelman RL, Heyward WL, Stehr-Green JK, Curran JW. (1989). Epidemiology of human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. *The American Journal of Medicine*, 86, 761-770.
- Centre fédéral sur le sida, *Le sida au Canada*. Le 7 octobre, 1991.
- Hankins CA, Gendron S, Richard C, O'Shaughnessy M. (1989). Infection au VIH-1 dans une prison à sécurité intermédiaire pour femmes - Québec. *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*. 15-33, 168-170.
- Hankins CA, Gendron S, Handley M, Rouah F, O'Shaughnessy M. (1991). Infection au VIH-1 chez des hommes incarcérés - Québec. *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*. 17-43, 233-235.
- Hankins CA, Gendron S, Handley MA, Richard C, Lai Tung MT, O'Shaughnessy M. (1994). HIV and women in prison: Assessment of risk factors using a non-nominal methodology. *American Journal of Public Health*, sous presse.
- Comité consultatif national sur le SIDA. Compte rendu de la réunion du 21 octobre, 1988.
- Robertson JR, Bucknall ABV, Welsby PD, et al. (1986). Epidemic of AIDS-related virus (HTLV-III/LAV) infection among intravenous drug users, *British Medical Journal*. 292, 527-539.
- Vanichseni S, Sakuntanaga P, et al. (1990). *Results of three seroprevalence surveys for HIV in IVDU in Bangkok*, VI^e Conférence internationale sur le sida, San Francisco. [FC 105].

PRINCIPLES

- The spread of HIV is a greater danger to individual and public health than injection drug use itself. Services and programmes which aim to minimize HIV risk behaviour should receive priority attention.
- In the long run, however, reducing drug use could have a major impact on Canada's ability to contain the spread of HIV.
- Combating the spread of FIN linked to injection drug use is a major public health issue. Responsibility for the development and monitoring of appropriate regional services and programmes should be assigned to a local Medical Officer of Health or his/her equivalent, in collaboration with drug and alcohol treatment services, appropriate health and social services, and community agencies. Adequate resources to mount new programmes where necessary should be channelled through local public health offices.
- Major improvement in professional and public attitudes to injection drug use and injection drug users is necessary since policies and actions which fail to respect the human rights and dignity of injection drug users may promote the hidden use of drugs and impair the effectiveness of measures to combat the spread of HIV.
- Risk reduction among drug users requires a combination of individual effort and environmental support. Access on a non-discriminatory, non-judgemental basis must be provided to services and programmes that and to empower drug users in order to support behavioural change.

PRINCIPES

- Sur le plan individuel comme sur le plan collectif, la propagation du VIH constitue une menace beaucoup plus grande pour la santé que la consommation de drogues par injection comme telle. D'où l'importance de privilégier les services et les programmes visant à réduire l'incidence des comportements à risque.
- A plus long terme, cependant, la diminution de la consommation de drogues pourrait contribuer de façon appréciable à limiter la propagation du VIH au Canada.
- La lutte contre la propagation du VIH liée à la consommation de drogues par injection est capitale en santé publique. Dans cette perspective, la mise sur pied et le contrôle de services et de programmes régionaux devraient être confiés à un médecin de santé publique local ou à une autorité équivalente, en collaboration avec des centres de désintoxication et de réadaptation ainsi que des services de santé, des services sociaux et des organismes communautaires appropriés. L'allocation des ressources nécessaires à l'implantation de nouveaux programmes devrait se faire à partir des départements de santé publique locaux, le cas échéant.
- De profonds changements dans l'attitude du public et des professionnels de la santé à l'égard de la consommation de drogues par injection, voire des usagers de drogues par injection, sont nécessaires car toute politique ou intervention qui ne respecte pas les droits humains et la dignité des toxicomanes peut les inciter à taire leur accoutumance, ce qui ne manquerait pas de nuire à l'efficacité des mesures mises en oeuvre pour contrer la propagation du VIH.
- La diminution du risque d'infection chez les toxicomanes repose tant sur une prise de conscience individuelle que sur l'appui du milieu. Les usagers de drogues par injection doivent pouvoir recourir à des programmes et des services où ils ne seront ni stigmatisés ni

- Programmes for injection drug users should actively involve the people they are designed to serve in order to ensure that services remain relevant.
- All programmes and services which are targetted at reducing the impact of HIV on the injection drug using population should be evaluated.

rejetés, visant à les aider à se prendre en main afin qu'ils modifient leur comportement.

- Pour que les programmes destinés aux usagers de drogues par injection demeurent pertinents, il importe d'y associer pleinement les bénéficiaires.
- Tous les programmes et services nus sur pied afin de réduire les risques d'infection par le VIH chez les usagers de drogues par injection devraient comprendre une évaluation de leur efficacité.

RECOMMENDATIONS

General Information and Education

All Canadians should understand the risks associated with injection drug use and have ready access to accurate and up-to-date information on the prevention of HIV infection.

Action

National, provincial, and local information/education/awareness campaigns should increase and improve content related to HIV / AIDS and injection drug use.

Preventive Services

All injection drug users should have ready access to sterile injecting equipment and condoms, as well as to forthright and non-judgemental advice on safer sex and safer drug use practices. This will require the development of new, creative, and flexible services in many communities.

Action

- All injection drug users need access to targeted multifaceted prevention programmes aimed at promoting behaviour change and maintenance. These may involve an enhancement of existing services or the development of new, fixed or mobile services. Targeted programmes should establish a variety of approaches to outreach work in collaboration with other health and social services. These approaches can include education, counselling, needle exchange, condom provision, and primary health care.

RECOMMANDATIONS

Information générale et éducation

La population canadienne toute entière devrait prendre conscience des risques associés à la consommation de drogues par injection et être en mesure d'obtenir une information exacte et à jour sur les moyens de prévenir l'infection par le VIH.

Mesures à prendre

Les campagnes nationales, provinciales et locales d'information, d'éducation et de sensibilisation devraient accroître la quantité et améliorer la qualité des renseignements concernant l'infection par le VIH, le sida et la consommation de drogues par injection.

Services de prévention

Les usagers de drogues par injection devraient être en mesure de se procurer facilement du matériel d'injection stérile et des condoms et d'obtenir des conseils objectifs et impartiaux sur les pratiques sexuelles et la consommation de drogues à risque moindre. Pour ce faire, de nombreuses collectivités devront repenser leurs services dans une optique de souplesse et de créativité.

Mesures à prendre

- Tous les usagers de drogues par injection devraient avoir accès à des programmes intégrés de prévention adaptés à leurs besoins et visant à stimuler leur intention de modifier leur comportement de façon durable. Cette mesure soutient l'amélioration des services existants ou la création de nouveaux services fixes ou mobiles. En outre, des programmes destinés à des clientèles particulières devraient être mis sur pied en collaboration avec les services de santé et les services sociaux. Diverses approches pourraient être envisagées, dont l'éducation, le counselling, l'échange de

- seringues, la distribution de condoms et la fourniture de soins de santé primaires,.
- Information should be posted wherever needles and syringes are provided regarding methods of disposal and the location of local services providing counselling and drug and alcohol treatment.
 - Targeted prevention programmes should include active consultation and collaboration with local law enforcement agencies.
 - All services in contact with injection drug users should enhance their ability to recognize and relate to these clients, should facilitate access to targeted programmes, and should assist with early intervention.
 - Advice on cleaning injecting equipment with bleach should make clear that cleaning cannot offer full protection against infection and that cleaning is no substitute for unused equipment. Cleaning with bleach can, however, help to prevent infection when unused equipment is not available.
 - Creative measures should be developed and implemented to ensure that partners and families of injection drug users are reached by education, counselling and support programmes.
 - Targeted programmes should ensure that they respond effectively to the specific needs of female injection drug users.
 - To ensure that injection drug using parents are not deterred from seeking help, social service departments should not use injection drug use per se as a reason for separating parent and child.
- Dans tous les sites de distribution de seringues, des renseignements devraient être affichés concernant l'élimination des seringues et l'emplacement d'organismes locaux de consultation et de traitement de l'alcoolisme et autres toxicomanies.
 - Les programmes de prévention devraient inclure la consultation et la collaboration des forces policières locales.
 - Tous les services ayant des contacts avec des usagers de drogues par injection devraient améliorer leurs méthodes afin de mieux cibler cette clientèle et de mieux communiquer avec elle; ces services devraient également lui faciliter l'accès aux programmes qui lui sont destinés et contribuer à une intervention précoce.
 - Lorsqu'on donne des conseils aux usagers de drogues par injection, on devrait préciser que le nettoyage des seringues et des aiguilles avec de l'eau de javel ne garantit pas une protection à cent, pour cent contre l'infection et que rien ne remplace le matériel neuf. Faute de mieux, le nettoyage à l'eau de javel peut malgré tout aider à prévenir l'infection.
 - Des mesures novatrices devraient être élaborées et mises en oeuvre afin que les programmes d'éducation, de counselling et de soutien puissent également rejoindre les partenaires et les familles des usagers de drogues par injection.
 - Les programmes ciblés devraient répondre efficacement aux besoins particuliers des femmes qui consomment des drogues par injection.
 - Afin de ne pas décourager les parents usagers de drogues par injection à demander de l'aide, les organismes de services sociaux ne devraient pas considérer la toxicomanie comme motif suffisant. pour leur retirer la garde des enfants.

- In keeping with the position of the Canadian Pharmaceutical Association, pharmacists should be encouraged to sell equipment at reasonable cost to injection drug users, to advise customers about local exchange facilities, to encourage the use of condoms, and to provide information concerning other facilities or programmes of value to injection drug users.
- Pharmacists should be encouraged to accept the return of used injecting equipment.
- All legal and administrative obstacles to obtaining needles and syringes for the purpose of self-administration of drugs should be removed.

Drug and Alcohol Treatment Services

Public health goals are compatible with drug and alcohol treatment services. There should be expansion, greater availability, and greater access to existing drug and alcohol treatment services. In addition, there should be development of new, creative, and flexible services, focused not only on complete readaptation and abstinence, but also on the general care and health of the injection drug using population.

Action

- Injection drug users, including opioid-dependent persons should have access to treatment suitable to their needs, regardless of their gender, age, geographic location, disability or ethnicity.
- Motivation for abstinence is not mandatory for efficient intervention. Crisis Intervention Units should be developed to provide general care and accommodation for injection drug users in difficulty. These services should be easily accessible, non-judgement-

- Conformément à la position adoptée par l'Association pharmaceutique canadienne, les pharmaciens et pharmaciennes devraient être encouragés à vendre le matériel d'injection à des prix abordables, à fournir la liste des sites locaux d'échange d'aiguilles et de seringues, à favoriser l'utilisation du condom et à informer les usagers de drogues par injection des autres services et programmes d'aide qui leur sont offerts.
- On devrait inciter les pharmaciens et pharmaciennes à accepter de reprendre les aiguilles et les seringues qui ont été utilisées.
- Tous les obstacles juridiques et administratifs visant à limiter la distribution de seringues et d'aiguilles devraient être supprimés.

Services de traitement-de l'alcoolisme et autres toxicomanies

Les objectifs en matière de santé publique sont compatibles avec les services existants de traitement de l'alcoolisme et autres toxicomanies. Ces derniers devraient cependant être plus nombreux et plus accessibles. Ils pourraient en outre se doter de services novateurs et souples qui seraient axés non seulement sur la réadaptation et l'abstinence complète mais aussi sur une approche globale à la santé des usagers de drogues par injection.

Mesures à prendre

- Tous les usagers de drogues par injection, y compris les opiomanes, devraient avoir accès à des traitements adaptés à leurs besoins, sans égard au sexe, à l'âge, au lieu de résidence, à l'aptitude ou à l'ethnie.
- La recherche de l'abstinence n'est pas une condition nécessaire à l'efficacité des programmes d'intervention. Des centres d'intervention d'urgence devraient être mis sur pied pour accueillir les usagers de drogues par injection en difficulté et leur

tal, and should not include motivation for abstinence as an exclusion criteria.

- Pharmacological treatment of withdrawal and post-withdrawal syndromes and methadone treatments should be more readily available across the country. Low threshold methadone programmes should be made available for those unwilling to commit themselves to abstinence.
- Treatment personnel should receive support through training and continuing education on the prevention of HIV transmission in the treatment context.
- Confidential HIV antibody testing of individuals should only be undertaken with informed consent following full counselling. The treatment population should have full access to this service. All drug and alcohol treatment facilities should enhance their capability to provide counselling on HIV transmission. Where testing cannot be done on site, there should be a streamlined referral system for testing elsewhere. Consenting to HIV antibody testing should never be a precondition for drug and alcohol treatment or rehabilitation services.
- A national needs assessment study should be conducted to determine the ability of existing drug and alcohol treatment services to contribute to the prevention of HIV infection among injection drug users.

dispenser des services de base. Ces centres devraient être faciles d'accès et non discriminatoires. La recherche de l'abstinence ne devrait pas, non plus, être une condition à la prestation de services.

- Le traitement pharmacologique pendant et après le sevrage et le traitement à la méthadone devraient être plus accessibles partout au Canada. Par ailleurs, des programmes plus souples de traitement à la méthadone devraient être offerts aux toxicomanes qui refusent de s'engager à rompre complètement avec leur habitude.
- Le personnel soignant devrait recevoir une formation et suivre des stages complémentaires sur la prévention de la transmission du VIH en milieu de travail.
- Les tests confidentiels de dépistage anti-VIH ne devraient être administrés qu'avec le consentement éclairé du sujet au terme d'une séance approfondie de counselling. Ces tests devraient être offerts à toutes les personnes en traitement. Les services de traitement de l'alcoolisme et autres toxicomanies devraient augmenter leur capacité de counselling en matière de transmission du VIH. Lorsque le dépistage ne peut être fait sur place, un réseau de référence devrait aiguiller le client vers la ressource appropriée. Le consentement au test de dépistage ne devrait jamais être une condition préalable au traitement ou à la réadaptation des personnes alcooliques ou toxicomanes.
- Une évaluation des besoins devrait être réalisée à l'échelle nationale pour déterminer jusqu'à quel point les services de traitement de l'alcoolisme et autres toxicomanies déjà en place sont en mesure de contribuer à la prévention de la transmission du VIH chez les usagers de drogues par injection.

Role of Physicians

The majority of drug users are in contact with the health care system every year. Physicians should be encouraged to provide care and advice to patients who use injection drugs, and a significant number of physicians should be prepared to treat the dual diagnosis of drug dependence and HIV infection.

Action

- All medical students and residents in primary care should receive training at the undergraduate and graduate level on the prevention, detection and management of drug use, including injection drug use.
- Medical students and staff in hospitals should be specifically trained on attitudes and behaviours, towards HIV-infected or sick injection drug users who are seeking help. Support should be provided to practitioners dealing with this population.
- Continuing education should be provided to established practitioners on a regular basis concerning the prevention, detection, and management of drug use and of injection drug use.
- Clinical attachments by family physicians to local drug and alcohol treatment services should be actively encouraged. Short-term (e.g. 6-12 months) sessional contracts should be available to help establish a pool of family physicians with this experience. Family physicians should be supported by recognized consultants or by colleagues who have developed special expertise in drug dependence problems.

Rôle du médecin

La majorité des usagers de drogues par injection ont au moins un contact avec le système de santé chaque année. Tous les médecins devraient être invités à leur offrir les soins et les conseils dont ils ont besoin, et un plus grand nombre devrait être prêts à traiter les personnes qui présentent à la fois un problème de toxicomanie et d'infection par le VIH.

Mesures à prendre

- Les étudiants en médecine et les résidents en soins primaires devraient recevoir une formation, dans le cadre de leurs études de premier, deuxième et troisième cycles, sur la prévention, la détection et le traitement des toxicomanies, y compris l'accoutumance aux drogues par injection.
- Les étudiants en médecine et le personnel hospitalier devraient recevoir une formation particulière sur les attitudes et les comportements à adopter à l'égard des usagers de drogues par injection infectés par le VIH ou qui sont malades, et qui demandent de l'aide. Les médecins qui interviennent auprès de cette population devraient recevoir les services de soutien appropriés.
- Des stages de formation continue sur la prévention, la détection et le traitement des toxicomanies devraient être offerts régulièrement aux médecins en exercice.
- Les médecins de famille devraient être invités à s'affilier aux services locaux de traitement de l'alcoolisme et autres toxicomanies. Des contrats à court terme allant de 6 à 12 mois pourraient leur être proposés afin qu'un certain nombre d'entre eux acquiert une expérience dans ce domaine. Ces médecins devraient pouvoir compter sur l'aide de consultants reconnus ou sur l'appui de leurs collègues qui ont une expérience particulière dans le traitement des toxicomanies.

Hospital-Based Services

Both injection drug users and services targeted for them need expanded and enhanced support from general hospital-based services. Hospital-based detoxification centres should not be identified as primary care centres for diseases related to HIV infection among injection drug users.

Action

- Hospital-based services should attempt to maximize contact with injection drug users through better dissemination of information on existing services, more flexible opening hours, and a minimization of waiting times.
- Hospitals should provide primary care, medical emergency and crisis stabilization services to injection drug users while enhancing their capability to provide referral, back-up and liaison with specialized drug and alcohol treatment services and with primary care physicians.
- Psychiatric input relating to the management and treatment of injection drug use is urgently needed. New full-time posts for consultant psychiatrists specializing in drug use are required in all major Canadian cities.

Services hospitaliers

Les usagers de drogues par injection et les services qui leur sont destinés devraient être davantage et mieux assistés par les services hospitaliers en général. Il faudrait éviter que les centres de désintoxication des hôpitaux soient perçus comme étant des centres de soins primaires pour les maladies liées à l'infection par le VIH.

Mesures à prendre

- Les services hospitaliers devraient chercher à maximiser les contacts avec les usagers de drogues par injection en assurant une meilleure diffusion de l'information sur les services existants, en ayant des heures d'ouverture plus flexibles et en réduisant les temps d'attente.
- Les hôpitaux devraient offrir aux usagers de drogues par injection des services de soins primaires, d'urgence et de stabilisation en cas de crise, tout en augmentant leur capacité de référence, de soutien et de liaison tant avec les centres spécialisés de traitement de l'alcoolisme et autres toxicomanies qu'avec les médecins qui offrent des soins primaires.
- Il est urgent d'associer des ressources en psychiatrie à la prise en charge et au traitement des usagers de drogues par injection. Des postes à temps complet de psychiatres spécialisés dans le traitement des toxicomanies doivent donc être créés dans tous les grandes villes du Canada.

Correctional Settings

The National Advisory Committee on AIDS reaffirms its concern regarding the prevention of HIV transmission in correctional institutions. The problem remains that:

- *a large proportion of injection drug users will temporarily spend time in prison and this opportunity for prevention is not being maximized;*
- *some inmates who have been injection drug users before incarceration continue to share drug equipment;*
- *unprotected sexual activity occurs in Canadian prisons on a consensual, quasi-consensual and non-consensual basis.*

Action

- Measures must be taken immediately to improve knowledge levels of inmates and correctional officers about HIV and risk reduction. This should include both orientation sessions for new inmates and officers as well as ongoing programmes.
- Adequate detoxification and maintenance programmes for inmates addicted to drugs should be widely available.
- Medical and psychosocial support services should be freely available to every HIV seropositive inmate. These services need to be in continuity with services on the outside such that follow-up can be facilitated and maintained following release from the correctional setting.
- Isolation of inmates with HIV infection from the rest of the inmate population is not medically warranted.

Établissements de détention

Le Conseil consultatif national sur le sida demeure préoccupé par l'épineuse question de la prévention de l'infection par le VIH dans les établissements de détention. Le problème est le suivant :

- *alors qu'une forte proportion d'usagers de drogues par injection séjourneront un jour ou l'autre en prison, ne serait-ce que pour une courte période, on ne profite pas assez de cette réalité pour faire de la prévention;*
- *certains détenus qui étaient des usagers de drogues par injection avant leur incarcération continuent de partager des seringues et des aiguilles avec les autres détenus;*
- *qu'il y ait consentement exprès ou implicite ou refus de l'un des partenaires, les relations sexuelles non protégées surviennent dans les prisons canadiennes.*

Mesures à prendre

- Des mesures doivent être prises dans les plus brefs délais pour que les détenus et le personnel des établissements de détention soient mieux informés sur le VIH et sur les moyens à prendre pour réduire le risque d'infection. Elles devraient comprendre des séances d'information à l'intention des nouveaux détenus et agents ainsi que des programmes de sensibilisation continue.
- Tous les détenus toxicomanes devraient avoir accès à des programmes de désintoxication et de suivi adaptés à leurs besoins.
- L'accès aux services médicaux et aux services d'aide psychosociale devrait être libre et gratuit pour les détenus séropositifs. On doit assurer la continuité entre les services internes des établissements et ceux offerts à l'extérieur de façon à ce que les détenus concernés puissent être suivis une fois libérés.
- Du point de vue médical, rien ne commande l'isolement des détenus infectés par le VIH du reste de la population carcérale.

-
- Voluntary, confidential HIV testing and counselling should be freely available to all inmates.
 - Inmates should have access to decontamination materials such as bleach to prevent transmission of such infections as Hepatitis B and HIV via tattooing equipment and needles/syringes as well as for use in cleaning up blood spills.
 - The feasibility should be explored of a programme to provide inmates with confidential access to clean needles and syringes without punishment for possession.
 - The feasibility should be explored of increasing the availability of conjugal visits including those for same sex relationships. In addition, environmental conditions in correctional institutions that are conducive to non-consensual sexual activity should be modified.
 - Inmates who do not currently have confidential access to condoms should be provided with such access.
- Des tests de dépistage du VIH et des services de counselling devraient être offerts gratuitement, sur une base volontaire et confidentielle, à tous les détenus.
 - Les détenus devraient avoir accès à des produits de décontamination, dont l'eau de javel, afin de prévenir la transmission d'infections telles que l'hépatite B et l'infection au VIH par le biais d'instruments de tatouage, d'aiguilles et de seringues, et de permettre le nettoyage de tout ce qui a pu être en contact avec du sang.
 - Il y aurait lieu d'étudier la possibilité d'implanter un programme d'accès aux aiguilles et aux seringues stériles qui garantit la confidentialité sans qu'il y ait sanction pour possession de tels matériels.
 - On devrait également envisager la possibilité d'autoriser un plus grand nombre de visites conjugales, sans tenir compte de l'orientation sexuelle. Par ailleurs, tout environnement carcéral susceptible de favoriser des contacts sexuels par la contrainte devrait être modifié.
 - Les détenus doivent pouvoir se procurer des condoms en toute confidentialité.

Research and Evaluation

Procedures should be established that would facilitate gathering information on the relationship between HIV and injection drug use.

Action

- The spread of HIV among injection drug users should be monitored through voluntary and/or anonymous, unlinked seroprevalence studies.
- All agencies providing services to injection drug users should keep basic records which enable them to monitor their ability to make con-tact with injection drug users and achieve a reduction in risk behaviour.
- To assess their success in reaching drug users, changing their behaviour, and maintaining these changes, new and existing services should be evaluated. In doing so, it must be noted that for some injection drug users, behaviour change may take several months to occur. Consequently, these schemes should not be judged wholly by short-term results.
- Research is urgently required in order to assess the extent of both HIV infection and behaviours conducive to its spread in correctional settings using unlinked seroprevalence and seroepidemiological methodologies which protect prisoners' rights to confidentiality as research subjects.

Recherche et évaluation

Des procédures devraient être établies afin de faciliter la collecte d'information sur le rapport entre l'infection par le VIH et la consommation de drogues par injection.

Mesures à prendre

- La propagation de l'infection par le VIH chez les usagers de drogues par injection devrait être surveillée par le biais d'études de séroprévalence effectuées auprès de volontaires ou sur une base anonyme, sans identificateurs personnels.
- Tous les organismes qui dispensent des services aux usagers de drogues par injection devraient tenir des registres leur permettant d'évaluer l'efficacité de leurs relations avec leur clientèle et leur capacité de réduire les comportements à risque.
- On devrait procéder à une évaluation des services existants et nouvellement mis sur pied afin de déterminer dans quelle mesure ils rejoignent les consommateurs de drogues et les amènent à modifier leur comportement de façon durable. Ce faisant, il faudrait tenir compte qu'un certain nombre d'usagers de drogues par injection n'arriveront à modifier leur comportement qu'au bout de plusieurs mois. Dès lors, une telle évaluation ne devrait pas se faire uniquement à partir de résultats à court terme.
- Il est urgent d'entreprendre des recherches afin d'évaluer le nombre de cas d'infection par le VIH et d'identifier les comportements à risque dans les établissements de détention par le biais de méthodologies de séroprévalence non appariées ou séroépidémiologiques qui protègent le droit des sujets à la confidentialité des résultats.

Principales questions et recommandations de l'Atelier au-delà du document : *Principes et recommandations*

Outre les séances plénières de l'atelier, vingt séances de travail ont été tenues. Chacune était dirigée par un président (Annexe B) qui, avec les participants, veillait au relevé des questions, problèmes, lacunes et recommandations en se fondant sur le document *Principes et recommandations* présenté dans la partie précédente. Les participants ayant été invités à soumettre de la documentation à titre individuel, les Actes présents incluent les recommandations de ces derniers ainsi que celles qui ont été adoptées lors des séances officielles.

Les multiples recommandations formulées à Edmonton ont été scindées en deux groupes. Les principales questions et recommandations qui vont au-delà du document *Principes et recommandations* sont présentées ci-après, tandis que les autres, développées à Edmonton, composent l'Annexe A.

Lors de la séance plénière finale, à part l'adoption du document *Principes et recommandations*, il s'est révélé impossible de mesurer le degré de consensus sur une centaine de nouvelles recommandations. Le Comité organisateur a accepté de recueillir les nouvelles recommandations et de les expédier par la poste aux participants pour fin de commentaires. Il a donc procédé à un premier envoi en mars 1994, par lequel il invitait les participants à répondre à toutes les recommandations présentées dans leur forme originale, et à un second envoi en août 1994, qui portait essentiellement celui-là sur les recommandations allant au-delà du document *Principes et recommandations*. Dans les deux cas, un tiers des participants environ ont répondu par courrier.

Les commentaires reçus après l'atelier étaient sensiblement dans le même ordre de pensée que ceux formulés durant l'atelier. Quelques recommandations seulement ont été rejetées. A maintes occasions, on a jugé les recommandations confuses et demandé une clarification. Plusieurs questions ont aussi

suscité de vives discussions et polarisé les réponses à nos envois. Les envois après-conférence se sont donc révélés de peu d'utilité pour établir un consensus, cela non seulement à cause du faible taux de réponse, mais aussi de la complexité des recommandations.

Les recommandations de la présente partie et de l'Annexe A reflètent la portée énorme des questions débattues à l'Atelier. Elles traduisent également la diversité des opinions et de l'expérience des participants. Il est important de noter la nature des questions qui ont soulevé un débat particulièrement animé, notamment autour des Recommandations 32, 37, 41, 44, 45 et 48. Celles-ci portent principalement sur les droits humanitaires des consommateurs de drogues et remettent en question, selon le cas, certains aspects du traitement de l'abus des stupéfiants par le régime de droit pénal canadien. Il ressortait très clairement, à l'Atelier, que ces questions dominent aujourd'hui le débat public sur la politique dans ce domaine. A première vue, ces questions semblaient semer la discorde chez les participants qui, soit appuyaient les politiques sur les stupéfiants déjà en vigueur, soit voyaient en elles des obstacles à la prévention du sida. Mais on parvenait normalement, après les vives discussions des séances de travail, à trouver un terrain d'entente. A maintes reprises, on a jugé que la réduction des méfaits fournissait le cadre conceptuel devant permettre d'explorer ce terrain d'entente.

Tel qu'il est examiné dans la prochaine partie, le Comité organisateur favorise le développement d'un plan d'action national sur le sida, l'alcool, et les autres drogues. La plupart des recommandations développées à Edmonton nécessitent d'être longuement expliquées et débattues et sont ici proposées à titre de fondement au dialogue et au processus de prise de décisions qui se font tous deux urgents.

LACUNES DE L'INFORMATION

Questions, problèmes et lacunes :

- la désinformation est un perpétuel problème, tout comme le manque d'information
- il arrive souvent que les professionnels des centres de désintoxication ne comprennent pas les besoins de leurs clients consommateurs de drogues par injection (la plupart de ces professionnels s'occupent surtout des alcooliques)
- il importe de se doter, au Canada, d'une solide base de données (quantitative et qualitative) sur l'usage des stupéfiants, surtout aux fins de traitement (pour savoir, par exemple, ce qui est efficace et ce qui ne l'est pas)
- nous avons besoin de données sur les facteurs de risques et les comportements à risque
- nous avons besoin de données sur les programmes de prévention, surtout les principaux, en ce qui concerne l'usage des drogues
- nous avons besoin d'informations précises sur l'impact de la légalisation et de la décriminalisation des stupéfiants
- nous avons besoin de données plus fiables sur le partage des seringues
- il convient d'en savoir davantage sur le lien entre les diverses drogues utilisées et le comportement sexuel, surtout par rapport aux principaux partenaires sexuels

Recommandations et réactions :

- 1 Etablir une base de données quantitatives et qualitatives, qui soit exhaustive, sur l'usage des drogues au Canada, c'est-à-dire qui inclue des données sur les facteurs de risques, les comportements à risque et l'efficacité des programmes.

Réponses des délégués :
appui de la majorité

Commentaires individuels :
difficile à mettre en oeuvre; trop général et pompeux; établir une base provinciale plutôt que nationale; seuls les consommateurs de drogues par injection ayant accès aux services habituels seraient pris en compte par la base de données

- 2 Que Santé Canada veille au développement d'un système de suivi commun aux divers programmes de prévention du sida s'adressant aux consommateurs de drogues par injection, assure les ressources de suivi nécessaires, et coordonne l'évaluation permanente de l'information.

Réponses des délégués :
ferme appui de la majorité

Commentaires individuels :
confier la coordination et la mise en oeuvre aux organismes établis dans les collectivités; plus facilement réalisable à l'échelle provinciale; trop vague, à redéfinir (p. ex., «suivi commun»)

- 3 Que le CCLAT et Santé Canada fournissent aux programmes de prévention locaux à travers le Canada une infrastructure permanente de communication et de partage de l'information (p. ex., accès permanent à un système de babillards ou de courrier électronique).

Réponses des délégués :
appui de la majorité

Commentaires individuels :
il incombe aux programmes locaux de prendre l'initiative

ACTION SOCIALE AUPRES DES CONSOMMATEURS DE DROGUES PAR INJECTION

Questions, problèmes et lacunes :

- manque de traitements adaptés aux besoins des différents groupes et collectivités (p. ex., jeunes de la rue)
- importance des données pour justifier et démontrer la valeur des services
- les partenariats sont nécessaires, mais il importe de comprendre qu'ils sont, de même que les relations sur lesquelles ils se fondent, en constante évolution
- choisir des collaborateurs parmi les groupes cibles; leur point de vue est essentiel, tout comme leurs relations personnelles
- l'enregistrement des clients comporte des avantages et des inconvénients (un des avantages : possibilité de former une clientèle responsable, grâce à un système de base de données et à la remise des aiguilles et des seringues)

- il y a insuffisance générale de fonds dans tout le pays
- éviter de créer des dynamiques qui deviennent à leur tour partie du problème
- en fait, la question essentielle consiste à amener les gens à écouter et à reconnaître qu'il y a réellement problème
- l'expulsion des gens de leur milieu familial pose un problème (réexaminer le renouvellement urbain)

Recommandations et réactions :

- 4 Que le Comité consultatif fédéral, provincial et, territorial sur le sida garantisse un financement opérationnel annualisé permanent et progressif pour les programmes polyvalents de prévention du sida actuels et futurs s'adressant principalement aux consommateurs de drogues par injection et pour les programmes de promotion de la santé qui prévoient l'échange de seringues. De plus, que le Comité élabore des recommandations qu'il transmettra aux différents ministres de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil des sous-ministres de la santé, identifiant ainsi clairement auxquels programmes il conviendra d'allouer de tels fonds pour garantir leur accessibilité à l'échelle nationale et leur stabilité, et assurer l'efficacité de la lutte antisida.

Réponses des délégués :

ferme appui de la majorité

Commentaires individuels :

ventilation des recommandations; grande priorité; bonne stratégie nécessaire; d'accord avec le principe, mais non avec la stratégie; subventions de déplacement pour les représentants des T.-N.-O.

- 5 Organiser une séance nationale de travail entièrement subventionnée pour les intervenants qui s'occupent de l'échange des seringues et les gestionnaires de programmes, afin de consolider l'expérience acquise et de renforcer l'expertise collective.

Réponses des délégués :

appui de la majorité

Commentaires individuels :

accorder en priorité des fonds aux groupes de la base; favoriser une approche régionale plutôt que nationale; envisager deux séances, une pour les intervenants et l'autre pour les gestionnaires

- 6 Préparer une trousse d'initiation pour aider à la planification et à la mise en oeuvre de nouveaux

programmes.

Réponses des délégués :

rejet par la majorité

Commentaires individuels :

faible priorité; seulement si aucune trousse n'existe déjà; seulement si aucune trousse n'existe déjà à l'échelle internationale; utile pour les petites collectivités seulement

- 7 Etablir des normes sur la disponibilité des programmes d'échange de seringues qui tiennent compte des déplacements des populations cibles.

Réponses des délégués :

appui de la majorité

Commentaires individuels :

normes provinciales plutôt que nationales; tenir compte des déplacements à l'intérieur des provinces et collectivités et entre elles; recommandation trop vague

- 8 Que les ordres professionnels de pharmaciens, les organismes de santé publique et de traitement toxicomaniaque, et les pharmaciens chargés de formation veillent à ce qu'une éducation de base soit offerte en permanence aux pharmaciens, en ce qui concerne la prévention du VIH et du sida, la réduction des méfaits et la solution des problèmes connexes.

Réponses des délégués :

ferme appui de la majorité

Commentaires individuels :

existe déjà dans certaines régions; viser tous les professionnels, non seulement les pharmaciens; collaborer avec les organismes de santé publique et de traitement toxicomaniaque

STRATEGIES D'EDUCATION POUR LES CONSOMMATEURS DE DROGUES

Questions, problèmes et lacunes :

- accès à l'éducation insuffisant (réduction des méfaits)
- genres d'informations trop restreints (la réduction des méfaits va plus loin que l'eau de javel, les seringues et les condoms)

Recommandations et réactions :

- 9 Favoriser une alliance étroite entre les ministères de la santé et de l'éducation

Réponses des délégués :

ferme appui de la majorité

Commentaires individuels :

difficultés avec les conseils scolaires; ajouter les services correctionnels; existe déjà

- 10 Assurer un financement fédéral pour faciliter la formation des groupes de soutien aux usagers selon des modalités arrêtées par ces derniers.

Réponses des délégués :

appui mitigé

Commentaires individuels :

les usagers approuveraient-ils une telle démarche?; trouver de nouvelles sources de financement, éviter de puiser dans les sources existantes; peut-être à titre de projet-pilote; concept à définir

- 11 Préparer du matériel éducatif inspiré des valeurs et du langage de la rue.

Réponses des délégués :

ferme appui de la majorité

Commentaires :

individuels devrait constituer une priorité; existe déjà; confier cette tâche aux groupes communautaires avec l'appui financier de l'«ACAP»; préparer des outils nationaux

- 12 Pour ce qui est des activités et des produits, en confier le financement ainsi que le contrôle et la responsabilité aux organismes en contact avec les groupes cibles.

Réponses des délégués :

appui mitigé

Commentaires individuels :

d'accord en principe, nuis pas en pratique; procéder à une bonne évaluation; maintenir l'obligation de rendre compte; confus, vague

LES HOMMES QUI ONT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC D'AUTRES HOMMES

Questions, problèmes et lacunes :

- isolement, et manque d'intervenants dotés des compétences nécessaires pour résoudre les problèmes
- appui social insuffisant
- connaissance inadéquate des rapports sexuels protégés
- comportements toxicomaniaques renforcés par le manque de soutien et l'isolement
- problème souvent ignoré par les services
- homophobie chez les prestataires de services
- compréhension très superficielle des problèmes par le personnel et les médecins
- nécessité de percer une profonde solitude
- élargir la portée des programmes de prévention, en y incluant d'autres éléments
- adopter des politiques à l'appui des gay en milieu de travail
- examiner les lacunes touchant la formation professionnelle
- accès limité aux écoles et, par conséquent, aux jeunes

Recommandations et réactions :

- 13 Intégrer les questions et problèmes concernant les hommes et femmes gay aux programmes de traitement à partir d'une action à la base. Sensibiliser les intervenants en toxicomanie à la culture gay, et aux aversions envers les homosexuels et les bisexuels.

Réponses des délégués :

ferme appui de la minorité

Commentaires individuels :

plutôt sensibiliser la communauté gay aux questions de toxicomanie; inclure d'autres groupes culturels (p. ex., sensibilisation aux questions autochtones)

- 14 Établir des endroits sécuritaires, exempts d'alcool, à l'intention des hommes qui ont des rapports homosexuels.

Réponses des délégués :
appui mitigé

Commentaires individuels :
laisser cette initiative à la collectivité une telle initiative ne relève pas de nous; cette recommandation est-elle vraiment réaliste?; recommandation non pertinente

QUESTIONS AUTOCHTONES

Questions, problèmes et lacunes :

- les autochtones ont été privés de leurs croyances et de leur patrimoine par les Européens : on leur a retiré tout pouvoir; ils vivent dans la pauvreté; les enfants sont envoyés dans des pensionnats et coupés de leur famille, de leur culture, d'affection, et de leurs croyances
- on note chez eux une perte de leur spiritualité traditionnelle (valeurs et croyances)
- on leur a confisqué leurs terres et leur mode de vie, les laissant désemparés, déprimés et malheureux, et on leur distribue des drogues; ils consomment drogues et alcool pour oublier leur douleur
- l'éducation sexuelle n'est pas accessible à ceux qui en ont besoin; elle doit être mise à leur portée
- les Autochtones constituent un important secteur de la société à risque, et pourtant, de tous les fonds consacrés à la lutte contre le VIH et le sida, une infime partie va aux programmes pour Autochtones.

Recommandations et réactions :

- 15** Dans le cadre d'une stratégie antisida, anti-alcool et antidrogue, affecter un budget de 400 000 \$ pour répondre aux besoins des Premières Nations (fournir un centre informatique national, un formateur dans chaque province, du matériel adapté à leur culture, des services de counseling familial, un service de création de programmes d'études, et des réseaux).

Réponses des délégués :
appui de la majorité

Commentaires individuels :
nécessité de fonds plus importants; plutôt développer une stratégie pour répondre aux besoins; garantir l'accès des groupes des populations locales; financement déjà disponible

LES FEMMES, LE VIH ET LA CONSOMMATION DE DROGUES

Questions, problèmes et lacunes :

- s'occuper du problème de solitude des femmes
- le cloisonnement des questions et des programmes pose un problème. besoin de souplesse et de services polyvalents
- les professionnels de la santé et les médecins ne sont pas en mesure de reconnaître les risques et les symptômes propres aux femmes (p. ex., problèmes concernant les tests, connaissance des questions propres à la femme, ses droits, ses symptômes, etc.)
- déséquilibre des forces entre l'homme et la femme (p. ex., difficultés à négocier, violence)
- importance d'être en couple : la force d'«être aimée» et son influence sur les limites de ce qu'une personne peut accepter
- l'estime de soi est d'une importance capitale
- on persiste à croire que le problème du sida ne concerne que les gay et les consommateurs de drogues par injection, refusant de reconnaître le danger pour les autres groupes
- différente perception de la sexualité chez l'homme et la femme (pouvoir et intimité)
- reconnaissance des effets de l'abus sexuel sur les jeunes personnes
- pression sociétale pour une vie en couple
- crainte chez la femme de perdre ses enfants si elle demande ou envisage de demander conseil ou des services, et problème d'ignorance au sein des systèmes sociaux et juridiques
- le problème majeur découle des différences dans la manière de socialiser de l'homme et de la femme

Recommandations et réactions :

- 16** Fournir des services de traitement en toxicomanie qui soient souples et ouverts, permettant aux femmes de garder leurs enfants et de demeurer dans la collectivité.

Réponses des délégués :
appui de la majorité

Commentaires individuels :

services déjà disponibles à Halifax; importance d'offrir des services au sein de la collectivité; établir un lien avec le groupe de travail national sur la femme (Société canadienne sur le sida)

- 17 Elargir les services communautaires existants de manière quels répondent adéquatement aux besoins des femmes et des enfants.

Réponses des délégués :

appui de la majorité

Commentaires individuels :

recommandation reliée à la précédente; nécessité d'explorer d'autres voies; préférablement au niveau provincial; nécessité d'une bonne stratégie

LES JEUNES

Questions, problèmes et lacunes :

- le document Principes et recommandations ne comporte aucune référence aux jeunes comme population vulnérable
- le document ne tient nullement compte des disparités régionales

Recommandations et réactions :

- 18 Que les ministères provinciaux et les organismes de services s'occupant des jeunes offrent des cours de savoir-faire qui traitent de la sexualité, de l'usage de la drogue, du VIH et du sida.

Réponses des délégués :

ferme appui de la majorité

Commentaires individuels :

harmoniser avec les programmes sur le VIH; inciter les provinces à appuyer les programmes existants; groupe cible primordial ignoré

DIFFICULTES DES SERVICES (et leurs solutions)

Questions, problèmes et lacunes :

- fragmentation et cloisonnement de la prestation des services de santé aux individus, aux groupes et aux collectivités, à cause :
 - d'un manque de communication et de collaboration entre les organismes, les ministères, les différents paliers de gouvernement (municipal, provincial,

fédéral) et les services de santé, de soins sociaux et d'éducation

- orientation exclusive des agences et organisations (organismes qui s'occupent exclusivement du VIH et du sida ou des toxicomanies; ne traitent pas la personne dans une optique globale)
- injustices en matière de financement (montants insuffisants; processus inaccessible—p. ex., cloisonnement juridictionnel et facteurs réduisant l'accès des Autochtones au financement)
- régimes de soins de santé inaccessibles, trop rigides, ne répondant pas aux besoins des individus, des groupes et des collectivités
- les professionnels de la santé ne disposent ni des connaissances, ni de l'expérience et de la sensibilité nécessaires pour traiter correctement les questions en cause
- discrimination
- dénégation du problème
- programmes inadéquats et inaccessibles qui ne répondent pas aux besoins des populations cibles
- manque ou absence de services sensibles à la culture des populations cibles (p. ex., services aux Autochtones)
- faibles conscientisation et sensibilisation en ce qui a trait au VIH et aux toxicomanies, ce qui favorise la survivance des stéréotypes et l'insuffisance de services pertinents

Recommandations et réactions :

- 19 Fournir un cours officiellement reconnu sur le VIH et les toxicomanies.

Réponses des délégués :

appui mitigé

Commentaires individuels :

à quel niveau et à quels établissements; formation déjà exigée pour tous les intervenants en toxicomanie

- 20 Développer une stratégie de communication médiatique pour décourager les stéréotypes, faire connaître les problèmes, mieux sensibiliser la société, et promouvoir les services.

Réponses des délégués :

appui de la majorité

Commentaires individuels :

pourquoi et pour qui?; intégrer dans les programmes généraux de prévention et d'éducation; développer les lignes directrices d'une stratégie nationale

LES STEROIDES**Questions, problèmes et lacunes :**

- manque d'information sur l'usage des stéroïdes
- manque d'aiguilles de grand calibre dans les programmes de distribution et d'échange
- totalement absents des politiques sur le VIH et les sida
- résultats d'une étude du Centre canadien sur le dopage sportif :
 - 2,8 % des élèves du secondaire utilisent des stéroïdes (83 000 élèves par année)
 - 54 % en font usage pour accroître leur performance, 46 % pour changer leur apparence
 - 30 % utilisent des seringues, dont la moitié (9 000) les partagent
- l'attitude qui prévaut actuellement dans le milieu sportif est dite de «tolérance zéro»; amener le milieu à s'intéresser plutôt à la réduction des méfaits
- nécessité d'instaurer le programme «Safe Flex» dans les écoles (indue affiches, vidéos, conférenciers)
- dans les sports professionnels, on ferme les yeux devant l'usage des stéroïdes puisque c'est la performance qui prime-

Recommandations et réactions :

- 21** Développer des ressources auprès desquelles les usagers de stéroïdes pourront obtenir conseils, informations, etc.

Réponses des délégués :

appui de la majorité

Commentaires individuels :

distribuer des dépliants et des affiches dans les gymnases; faible priorité; cela n'existe-t-il pas déjà? : consulter le Centre canadien sur le dopage sportif; élargir le programme de Kingston sur le sida

- 22** Obtenir la collaboration des propriétaires de gymnases

aux divers programmes à titre d'agents multiplicateurs, et faire en sorte qu'ils gagnent à leur tour la participation de ceux qui acceptent moins facilement de s'engager.

Réponses des délégués :

appui mitigé

Commentaires individuels :

faible priorité; inclure tous les sports; inclure aussi les professeurs d'éducation physique, les entraîneurs du milieu universitaire; recommandation vague, à préciser

- 23** Laisser des approvisionnements de seringues dans les gymnases.

Réponses des délégués :

rejetée par la majorité

Commentaires individuels :

solution de remplacement : que les unités d'échange de seringues visitent les gymnases; fournir de l'information quant aux endroits où se procurer des seringues stériles; besoin non démontré; existe déjà

- 24** Obtenir davantage de données sur l'usage des stéroïdes, ses conséquences, et l'échange des seringues par ce groupe d'usagers.

Réponses des délégués :

ferme appui de la majorité

Commentaires individuels :

plutôt, «financer la recherche sur l'usage des stéroïdes...»; pour qui? à partir de quelles sources?

L'ALCOOL ET LE VIH**Questions, problèmes et lacunes :**

- il conviendrait d'instaurer des mesures de prévention qui tiennent compte du lien entre l'usage d'alcool et les risques sexuels (pharmacologie, psychologie, circonstances immédiates, etc.)
- il importe d'introduire les changements sociaux et culturels qui permettront de traiter les causes fondamentales des comportements à risque et de saisir les occasions susceptibles d'entraîner une réduction immédiate des prises de risques (p. ex., initiatives s'adressant aux hommes gay fréquentant les bars, cibler les étudiantes universitaires)

Recommandations et réactions :

25 Adopter une double approche, c'est-à-dire s'efforcer d'introduire le changement social qui permettra de traiter les causes premières du problème, et en même temps relever les occasions susceptibles d'entraîner une réduction immédiate des prises de risques associées à l'usage de l'alcool et les mettre à profit.

Réponses des délégués :

ferme appui de la majorité

Commentaires individuels :

adopter une approche multidisciplinaire, se fonder sur les besoins des clients; à qui cette recommandation s'adresse-t-elle?

26 Intensifier la recherche, nuis sans nuire aux efforts de prévention immédiats.

Réponses des délégués :

appui de la majorité

Commentaires individuels :

recommandation vague, à préciser

27 Légiférer contre la vente des condoms fantaisistes dans les toilettes des bars.

Réponses des délégués :

appui mitigé

Commentaires individuels :

plutôt légiférer en faveur de normes positives sur les condoms; pourquoi?

28 Faire pression contre les approvisionnements bon marché et subventionnés d'alcool à des groupes (p. ex., résidences parrainées, soirées des femmes).

Réponses des délégués :

rejetée par la majorité

Commentaires individuels :

non prioritaire; à qui reviendrait-il d'exercer des pressions?

LA REDUCTION DES MEFAITS

Questions, problèmes et lacunes :

- diffuser l'information sur la nature de la réduction des méfaits et ses mesures d'application
- mettre les programmes en oeuvre pendant que les problèmes sont encore récents, en vue d'un meilleur

contrôle

- ne bénéficiant d'aucun «appui officiel», c'est-à-dire ni de leurs supérieurs ou de leurs chefs, ni des législateurs, les policiers sont forcés de s'occuper de la réduction des méfaits en parallèle, ce qui ne va pas sans péril pour leur carrière
- en ce qui concerne l'application de la réduction des méfaits, les problèmes politiques excèdent les problèmes de connaissances et de compétences

Recommandations et réactions :

29 Prévoir un cadre de travail qui cerne nettement la portée de la réduction des méfaits.

Réponse des délégués :

ferme appui de la majorité

Commentaires individuels :

faire connaître les principes de la réduction des méfaits

30 Encourager la participation policière aux stratégies de réduction des méfaits.

Réponses des délégués :

ferme appui de la majorité

Commentaires individuels :

collaboration impérative; contradictoire à son rôle d'interdiction

31 Etablir un programme-pilote pour mesurer l'efficacité et la faisabilité de la décriminalisation de l'usage des drogues.

Réponses des délégués :

appui mitigé

Commentaires individuels :

irréalizable; voir au préalable l'expérience des autres pays; à quel genre d'usage se réfère-t-on?

32 Décriminalisation de facto de la possession de cannabis pour usage personnel, accompagné d'un contrôle soutenu des narco-trafiquants.

Réponses des délégués :

appui mitigé

Commentaires individuels :

paramètres trop vagues

L'APPLICATION DES LOIS

Questions, problèmes et lacunes :

- la police est obligée de saisir les seringues comme éléments de preuve
- nombre d'agents considèrent le VIH comme un danger professionnels (dans la mesure où ils risquent de se piquer en fouillant un suspect)
- on a besoin de nombreux agents de liaison spéciaux pour construire des liens avec les collectivités autochtones
- il convient de fournir aux agents patrouilleurs une formation, des compétences et des outils pertinents

Recommandations et réactions :

- 33** Promouvoir un échange d'information plus souple entre la police, les organismes chargés du traitement des toxicomanies et des échanges de seringues.

Réponses des délégués :

ferme appui de la majorité

Commentaires individuels :

comment préserver le secret de l'information, et de qui relèvera la responsabilité de donner suite à cette information

- 34** Affecter un personnel plus nombreux à l'application des lois.

Réponses des délégués :

vive opposition de la majorité

Commentaires individuels :

plutôt prévoir plus de personnel pour les programmes de prévention de première ligne et une meilleure formation; contraire à la prévention, à l'engagement des collectivités, à la décriminalisation; en quoi une telle mesure favoriserait-elle la réduction des méfaits?

- 35** Affecter davantage de policiers chargés de l'application des lois à la prévention.

Réponses des délégués :

appui mitigé

Commentaires individuels :

importance des attitudes et de la formation; plutôt insister sur l'éducation et la formation du personnel en place; vague, à préciser

- 36** Clarifier l'application des lois visant les narco-dispositifs.

Réponses des délégués :

ferme appui de la majorité

Commentaires individuels :

doit faire preuve de souplesse de manière à inclure tout nouveau matériel

- 37** Modifier les lois sur les narco-dispositifs de manière à autoriser la vente des seringues dans les piqueries.

Réponses des délégués :

appui mitigé

Commentaires individuels :

inutile si des programmes d'échange de seringues existent déjà; viser spécifiquement les piqueries; ne résoudra pas le problème

L'USAGE DE DROGUES ET LE VIH EN MILIEU CARCERAL

Questions problèmes et lacunes :

seules les recommandations ont été fournies

Recommandations et réactions :

- 38** Organiser un atelier national pour traiter spécifiquement des questions soulevées par le VIH et le sida et l'usage de drogues dans les prisons.

Réponses des délégués :

ferme appui de la majorité

Commentaires individuels :

d'abord régional, puis national; de toute première priorité; trop chère, plutôt incorporer dans les ateliers à l'intention des fournisseurs de services d'échange de seringues

- 39** Que les organismes communautaires fournissent des services en milieu carcéral.

Réponses des délégués :

appui de la majorité

Commentaires individuels :

se fait déjà à certains endroits; l'éducation doit être assurée par les Services correctionnels, par l'entremise des organismes de santé publique et de services en matière de sida

- 40** Prioriser les besoins d'éducation, de prévention et de soutien des jeunes délinquants en ce qui concerne le sida.

Réponses des délégués :

ferme appui de la majorité

Commentaires individuels :

non aux dépens des programmes pour adultes; groupe non prioritaire; prioriser les besoins de quiconque affiche des comportements à risque

- 41** Trouver des solutions de remplacement à l'emprisonnement des narco-criminels. Les contrevenants aux lois sur les stupéfiants devraient normalement être dirigés vers des services communautaires d'aide et de traitement plutôt que d'être traduits en justice.

Réponses des délégués :

appui mitigé

Commentaires individuels :

désapprouve jusqu'à ce que la décriminalisation devienne réalité; irréalisable; les activités policières et les activités de traitement ne vont pas de pair; inclure les trafiquants

- 42** S'attaquer aux causes profondes de la surreprésentation des contrevenants autochtones dans les prisons provinciales et fédérales.

Réponses des délégués :

ferme appui de la majorité

Commentaires individuels :

causes déjà connues; difficile à réaliser; inclure les «minorités visibles»; question non pertinente à notre ordre du jour

- 43** Adopter d'urgence des mesures pour éviter la propagation de la tuberculose dans le milieu carcéral canadien

Réponses des délégués :

appui de la majorité

Commentaires individuels :

au-delà de notre champ d'action; à mener de concert avec la lutte anti-VIH; relève de la santé publique; pas seulement en milieu carcéral

LA VIE PRIVÉE ET LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Questions, problèmes et lacunes :

- nécessité d'analyser l'impact des mesures de dépistage des drogues
- accompagner les démarches visant à préserver la vie privée de mesures accrues de protection contre la discrimination
- la divulgation de la séropositivité découragera les gens de passer des tests de dépistage
- le dépistage obligatoire, y compris des individus accusés et condamnés pour agression sexuelle, est tout à fait inacceptable
- nécessité d'offrir une éducation efficace et de connaître l'impact des médias sur l'opinion publique face à la drogue

Recommandations et réactions :

- 44** Supprimer les programmes de dépistage de drogues en milieu carcéral.

Réponses des délégués :

appui mitigé

Commentaires individuels :

le dépistage en soi n'est nullement préjudiciable, mais les politiques connexes, oui; procéder au dépistage seulement si l'on applique des stratégies de réduction des méfaits; réaliser au préalable un programme pilote pour démontrer les avantages du dépistage

LA POLITIQUE DES STUPEFIANTS ET LA JUSTICE PÉNALE

Questions, problèmes et lacunes :

- nécessité d'examiner l'application du droit pénal en matière de drogues
- nécessité d'examiner les questions concernant le VIH et le sida dans les prisons, y compris la confidentialité, la vie privée, etc.
- explorer les possibilités de recueillir davantage de données, de multiplier la recherche ainsi que les activités éducatives en milieu carcéral

Recommandations et réactions :

- 45** Au Canada, que les gouvernements reconnaissent les nombreux méfaits dus au traitement des problèmes de drogues par le droit pénal, notamment : un risque accru d'infection au VIH pour les consommateurs de drogues par injection, la population en général et les détenus; la déshumanisation injustifiée des consommateurs de drogues; le tort causé aux droits fondamentaux de la personne pour tous les Canadiens.

Réponse des délégués :
appui mitigé

Commentaires individuels :
trop général; à reformuler («reconnaissent»); vague, à préciser

- 46** Adopter une approche exhaustive de réduction des méfaits des drogues pour l'ensemble du pays.

Réponses des délégués :
ferme appui de la majorité

Commentaires individuels :
préciser l'optique; réduction des méfaits du point de vue de l'utilisateur ou des responsables de la santé publique; vague, à préciser

- 47** Revoir en profondeur les répercussions du projet de loi sur les psychotropes qui sera prochainement soumis au Parlement.

Réponses des délégués :
appui de la majorité

Commentaires individuels :
lien avec d'autres disciplines (p. ex., droit, psychiatrie, pharmacologie, démarche déjà amorcée par le CCLAT et l'ARF; pourquoi? qui s'en chargera?

- 48** Bloquer les projets de modifications législatives actuelles (p. ex, projet de loi C-7) visant à renforcer et à maintenir le recours au droit pénal. Les gouvernements devraient plutôt se consacrer à l'adoption de politiques sociales et de mesures de santé permettant de réduire les méfaits de la drogue chez l'individu et la société.

Réponses des délégués :
appui de la majorité

Commentaires individuels :
en faire deux recommandations; à préciser

- 49** Assurer une meilleure information des tribunaux et de la magistrature en ce qui concerne le VIH et le sida.

Réponses des délégués :
ferme appui de la majorité

Commentaires individuels :
inclure l'«usage des drogues»; éduquer aussi les hommes politiques et l'administration; a préciser : «meilleure» information à quel propos, à qui et par qui

- 50** Réaliser une étude pour déterminer dans quelle mesure sont violés les droits de la personne des consommateurs de drogues par injection

Réponses des délégués :
ferme appui de la majorité

Commentaires individuels :
pourquoi se limiter aux consommateurs de drogues par injection; plutôt consacrer ces fonds aux programmes de sensibilisation et d'intervention; non prioritaire; pour qui une telle étude?

- 51** Incorporer aux lois, aux politiques et aux programmes concernant le VIH et le sida et l'abus des substances le respect des individus et des différences.

Réponses des délégués :
appui de la majorité

Commentaires individuels :
précision : préjugés raciaux et culturels envers les consommateurs de drogues par injection; le respect ne se légifère pas; comment appliquer une telle recommandation alors que l'usage de la drogue est criminalisé.

Pour un plan d'action national

Le Comité organisateur remercie chaleureusement les participants au Deuxième Atelier national sur le VIH et l'usage de l'alcool et des autres drogues de leurs efforts soutenus, de leur engagement et de leur volonté de partager leur enthousiasme et leur expérience.

Vu la portée et la complexité des questions à l'étude, l'Atelier a donné lieu à de nombreuses séries de recommandations pas toujours tout à fait au point. L'expérience tirée de cette rencontre et le document actuel démontrent en fait l'urgence d'une action nationale coordonnée.

En publiant les Actes, le Comité organisateur invite les autorités pertinentes à collaborer sans tarder à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'un plan d'action national complet et cohérent sur le sida et l'usage de l'alcool et des autres drogues, afin de réduire les méfaits qui leur sont associés. Les Actes devront inspirer le déclenchement de cette démarche.

La planification et la surveillance de l'Atelier ont permis au Comité organisateur d'en arriver à une vaste perspective d'ensemble. Par conséquent, le Comité a jugé qu'il lui incombait de déterminer les principaux thèmes du projet ainsi que les modalités à respecter pour en assurer le succès. En proposant l'adoption d'un plan d'action national, le Comité souhaite faire ressortir les points suivants :

- 1) Le plan d'action national doit prévoir une série d'objectifs et d'engagements spécifiques, ainsi que des résultats mesurables. Il doit être souple et pouvoir répondre rapidement et efficacement aux problèmes posés par la rapide évolution épidémique du sida.
- 2) Le plan d'action national doit tenir compte efficacement de la diversité et de la particularité des besoins. Par exemple, une attention particulière doit être accordée à l'histoire et à la situation actuelle des Premières nations.
- 3) Tous les aspects du plan d'action national doivent inclure une participation accrue des populations cibles au processus décisionnel et à la prestation des programmes.
- 4) Tous les programmes et services touchant la propagation du VIH par l'usage de l'alcool et des autres drogues doivent présenter une continuité, allant de la prévention au soutien de toutes les personnes déjà séropositives.
- 5) Le plan d'action national doit tenir compte du lien entre la consommation d'alcool et la propagation du VIH. Tel qu'il a été démontré à l'Atelier, cette question a été négligée par le passé et mérite maintenant d'être étudiée en profondeur.

Il convient de créer un organe pour assurer le développement concerté d'un plan d'action national cohésif sur le VIH et l'usage de l'alcool et des autres drogues. Il est recommandé que cet organe soit pragmatique, indépendant, libre de parole et d'action, apte à franchir les obstacles institutionnels, entièrement dévoué à la réalisation de sa mission et financé en conséquence, stratégiquement capable de résoudre les questions touchant les politiques et les programmes, et en mesure de susciter la collaboration de toutes les autorités dans toutes les juridictions et de tous les programmes sur le sida et les drogues.

Le Comité organisateur invite le Secrétariat national du sida, de Santé Canada, à accepter le défi que représente la responsabilité d'assurer la mise sur pied d'un tel organe, ceci en collaboration avec le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue, ainsi que les gouvernements provinciaux et territoriaux.

Autres recommandations

Les principales questions et recommandations s'ajoutant aux *Principes et recommandations* susmentionnés figurent dans une partie précédente du présent document. Les autres recommandations formulées à Edmonton sont présentées ci-après sous les titres et suivant la forme dans laquelle elles ont été soumises aux participants et aux-groupes de travail par leurs auteurs. Plusieurs d'entre elles recourent les idées déjà exprimées dans le document *Principes et recommandations* ou encore dans les principales questions et recommandations présentées plus tôt. Elles complètent les Actes de l'Atelier et constituent en outre une source additionnelle d'inspiration pour le développement d'un plan d'action national cohésif.

LACUNES DE L'INFORMATION

Il convient de s'engager à fournir la formation professionnelle pertinente à tous les soignants, pour s'assurer qu'ils saisissent bien les besoins de leurs clients.

ACTION COMMUNAUTAIRE AUPRÈS DES CONSOMMATEURS DE DROGUES PAR INJECTION

Documenter l'expérience acquise à ce jour quant à l'exploitation des programmes polyvalents de prévention du sida et de promotion de la santé destinés aux consommateurs de drogue par injection, afin de favoriser le développement de nouvelles initiatives dans ce secteur, soit en misant sur les acquis et sur le partage des ressources.

Instaurer un mécanisme, une méthode et des ressources favorisant les échanges entre les programmes et qui permettent de mettre leurs expertises en commun.

Faire en sorte que les programmes d'échange de seringues assurent leur propre promotion, soit en faisant valoir leur utilité par les données qu'ils recueilleront.

Hâter les programmes d'échange de seringues à partager leurs ressources et l'information qui les concerne (au moyen notamment de babillards électroniques).

Assurer aux programmes d'échange de seringues l'information spécifique dont ils ont besoin.

Le ministère de la Justice devrait retourner la preuve (aiguilles stériles).

STRATÉGIES ÉDUCATIVES

Adopter des stratégies éducatives globales et ciblées. Ces stratégies doivent être à la portée de tous, élaborées par les intéressés, et refléter la diversité des questions en cause.

Instaurer des modèles d'éducation par les pairs dirigés par et pour les individus et les groupes cibles, en collaboration avec les organismes communautaires.

Abandonner les «modèles de traitement» traditionnels de traitement de la toxicomane, notamment l'abstinence. Favoriser de nouvelles approches (p. ex., la réduction des méfaits), qui soient plus facilement abordables et qui reflètent la diversité des questions et des individus concernés.

LES HOMMES QUI ONT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC D'AUTRES HOMMES

Fournir l'assistance nécessaire pour contrer l'isolement et le manque d'aptitude à régler ses propres problèmes (p. ex., ateliers facilitant la déclaration de son orientation sexuelle).

Réaliser un projet-pilote national visant à expliquer comment organiser des programmes et des stratégies favorisant la pratique de rapports sexuels mieux protégés et les activités de promotion de la santé.

QUESTIONS AUTOCHTONES

Proposer l'intégration d'une composante des Premières Nations au plan d'action national.

Lire et utiliser le *Circle of Wellness Report*.

Développer une politique nationale sur la distribution des ressources de manière que celles-ci soient affectées aux groupes communautaires dans chaque région.

Faire en sorte que les Premières Nations soient représentées à tous les niveaux de la Stratégie nationale du sida. Il conviendrait d'accorder une attention, particulière aux PVS autochtones.

Consulter les recommandations de la Stratégie nationale de 1990 concernant les questions autochtones, les réactiver et les mettre en application.

Veiller à la pertinence locale des services communautaires; écouter la voix de la collectivité, ne pas prétendre savoir d'office ce qui lui convient. Tracer les programmes en conséquence.

Trouver plus de fonds pour les groupes autochtones. Affecter ces fonds expressément aux programmes autochtones, puisque ceux-ci visent souvent plus de la moitié de la population concernée.

Conserver les services communautaires déjà existants, mais les redresser de manière à ce qu'ils répondent aux véritables besoins de la population, surtout des Autochtones, afin de mieux servir ces groupes; confier la prestation de ces services aux Autochtones.

LES FEMMES, LE VIH ET LA CONSOMMATION DE DROGUES

Revoir et modifier les stéréotypes de socialisation de l'homme et de la femme appliqués depuis le très jeune âge.

Ne tolérer aucune violence sous quelque forme que ce soit, et ce dans tous les établissements, régimes, et autres structures sociétales.

Revoir les messages de prévention de manière à y inclure les trois composantes essentielles que sont l'information, les compétences et les ressources.

S'assurer que les groupes représentant la majorité des intérêts en cause constituent les partenaires principaux dans la planification, le développement et la mise en application des stratégies (c.-à-d. les femmes en contact avec le VIH).

LES JEUNES

Veiller à ce que les groupes les plus à risques aient accès aux services pertinents (p. ex., les consommateurs de drogues par injection, les minorités sexuelles, les Autochtones, les alcooliques et les toxicomanes).

Faire participer les jeunes au processus de planification, de prestation et d'évaluation de tous les programmes.

Fonder le financement futur des activités s'adressant aux jeunes sur des modèles éprouvés, et exploiter au maximum les services existants.

DIFFICULTES DES SERVICES (et leurs solutions)

Favoriser la coordination et la collaboration entre les gouvernements, les organismes, les régimes de santé, les programmes sociaux, les programmes éducatifs et les collectivités; établir des réseaux officiels et officieux.

Accroître la coordination et la collaboration des services de santé qui traitent les individus, les groupes et la collectivité selon une approche holistique.

Accroître le rôle des consommateurs et des principaux intéressés communautaires, par des consultations constructives.

Développer une stratégie de financement mixte qui engloberait des ressources gouvernementales et non gouvernementales (p. ex., de sociétés).

Développer et mettre en oeuvre des services polyvalents et désinstitutionnalisés favorisant une approche personnalisée, c'est-à-dire qui offrent des éléments de soutien, de soins et de traitement spécifiquement adaptés aux besoins de chacun, plutôt qu'une approche généralisée-Développer des programmes communautaires accessibles, c'est-à-dire qui soient déterminés en fonction de la culture et des besoins de groupes cibles spécifiques, plutôt que par les structures juridictionnelles.

Prévoir une formation initiale et permanente à l'intention des fournisseurs de soins de santé, en prévention, dépistage et gestion des toxicomanies relativement au VIH.

Commencer la formation par petits groupes, puis créer et entretenir un réseau de professionnels munis des

connaissances, de l'expertise et de l'expérience pertinentes.

Contre la discrimination en amenant les ressources et les services communautaires en place à faire preuve d'une plus grande sensibilité face au VIH et aux toxicomanies.

LES STÉROÏDES

S'efforcer de faire participer les usagers de stéroïdes aux groupes de consultation et au développement de projets éducatifs et de documents.

Implanter un système qui permette aux athlètes utilisateurs de stéroïdes de demander de l'aide sous le couvert de l'anonymat et sans être pénalisés.

Multiplier les informations sur les usagers de stéroïdes qui partagent les seringues.

L'ALCOOL

S'attarder tout spécialement aux diverses dynamiques associées à la consommation de l'alcool et à la prise de risques (concernant notamment les hommes gay, les Autochtones, les femmes).

LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

Intégrer l'abstinence, fin ultime recherchée, à l'éventail des objectifs, tout en reconnaissant que tous ne peuvent y parvenir.

L'APPLICATION DES LOIS

Cerner le rôle de la police.

Que les responsables de la santé publique identifient des partenaires stratégiques devant faire partie de l'équipe et qui reconnaissent le rôle qui leur incombe dans le cadre d'une démarche de réduction des méfaits.

LE VIH ET LA CONSOMMATION DE DROGUES DANS LES PRISONS

Agir d'urgence pour prévenir l'infection au VIH dans les prisons. Les systèmes correctionnels fédéral et provinciaux devraient finalement appliquer les recommandations sur le VIH et le sida en milieu carcéral formulées depuis 1988.

LA VIE PRIVÉE ET LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Faire en sorte que le dépistage du VIH soit toujours effectué sur une base volontaire et sur consentement éclairé, et précédé et suivi de séances de counseling.

Rendre facilement accessible à tous le dépistage anonyme.

Garantir le secret absolu des résultats des tests de dépistage du VIH.

S'opposer au dépistage obligatoire des drogues, en particulier dans le milieu de travail, dans les écoles, dans les forces armées, et dans les établissements.

Entreprendre à tous les niveaux de la société, y compris dans les écoles et dans le milieu de travail, des programmes d'éducation objectifs et équilibrés, en vue de contrer les fausses idées, les craintes et les préjugés entretenus au regard de la consommation et des consommateurs de drogues.

LA POLITIQUE SUR LES STUPÉFIANTS ET LA JUSTICE PÉNALE

Prévoir un plus grand nombre d'options pour les récidivistes, dont des programmes communautaires polyvalents (y compris la formation d'emploi et le logement) plutôt que l'emprisonnement.

Pour freiner la croissance de l'usage de drogues par injection dans les prisons, reconnaître que certaines formes d'administration de drogues sont moins nuisibles que d'autres.

Revoir le recours au dépistage des drogues dans les prisons (et ailleurs) puisque cette mesure peut, en fait, contribuer à accroître les méfaits liés à la drogue en incitant les consommateurs à se tourner vers des produits moins facilement délectables.

Garantir aux tribunaux l'accès à l'expertise des divers secteurs pour assurer la décision éclairée des juges.

Prendre les dispositions nécessaires pour assurer le dépistage confidentiel du VIH et des drogues dans les prisons.

LE RESEAU DES CONSOMMATEURS DE DROGUES

Cibler les efforts d'éducation et de prévention par l'entremise des organismes et du personnel de première ligne.

QUESTIONS REGIONALES

Améliorer, à l'échelle locale, les communications entre les programmes axés sur l'abus de substances et ceux portant sur le sida.

Instaurer un processus, notamment par un décret du conseil des ministres, pour s'assurer que des fonds du programme national sur le VIH et le sida soient spécifiquement affectés aux populations autochtones hors réserves, et revoir les programmes sur le sida (tels que l'«ACAP») relevant de la Stratégie nationale sur le sida, afin de financer les projets s'adressant aux groupes vivant hors réserves.

Assurer une application plus cohérente de l'approche de réduction des méfaits à l'échelle nationale.

Prévoir de solides programmes de recherche et d'information pour les Maritimes (p. ex., enquête sur les hommes).

Recueillir plus d'informations sur le soutien aux familles.

QUESTIONS ETHNOCULTURELLES

Bien que la Stratégie nationale sur le sida réponde bien aux besoins des collectivités ethnoculturelles, hâter la réalisation de résultats concrets. Poursuivre les mesures déjà amorcées, mais en accélérer le rythme.

Resserrer les liens de travail avec les organismes communautaires oeuvrant déjà auprès des groupes cibles, pour s'assurer que la responsabilité de l'action anti-VIH incombe aux services compétents.

LE ROLE DES PHARMACIES

Que les organismes d'autorisation provinciaux favorisent, par leurs politiques, l'approvisionnement des consommateurs de drogues en matériel d'injection, afin de diminuer le partage des seringues.

Etablir des programmes interprovinciaux et interurbains afin d'identifier les pharmacies procédant à la vente et à l'échange de matériel d'injection

Que les organismes de santé publique et les organes régissant les pharmacies se concertent pour assurer que ces dernières puissent diffuser du matériel éducatif complet et pertinent sur le VIH et le sida. Veiller, dans la mesure du possible, à ce que cette démarche soit d'envergure nationale.

Abolir tout obstacle juridique et administratif empêchant l'obtention des aiguilles et des seringues nécessaires à l'auto-administration de drogues.

LE LIEN ENTRE LA PREVENTION, LE TRAITEMENT ET LES SOINS

Au moment de mettre en application le document NAC sur le sida, remplacer «usage de drogues par injection» par «usage de l'alcool et des autres drogues».

Développer un plan de soins de santé global pour mieux suivre les individus déjà diagnostiqués séropositifs.

LA SANTE MENTALE

Incorporer au cadre général d'un plan d'action national une définition de la santé mentale qui soit très large.

Lancer des projets-pilotes polyvalents d'animation communautaire à l'intention des populations touchées par le VIH, l'usage de l'alcool et des drogues.

Établir des modèles de traitement permettant de conjuguer les efforts des services communautaires aux régimes de soins existants (p. ex., visites des programmes de soins psychiatriques de jour par des équipes communautaires, pour y travailler avec les patients et le personnel).

LES DROITS DE LA PERSONNE

Respecter les droits de la personne dans leur intégralité et ce, tant pour les individus que les groupes qui sont concernés par le lien entre le VIH et le sida et l'abus de substances, et veiller à ce que les politiques et les programmes afférents véhiculent ce respect.

Accorder une attention particulière aux besoins des personnes affligées par de nombreux handicaps.

Annexe B

Présidents des séances de travail

1. *La vie privée et les renseignements personnels*
Bryce Larke
2. *L'alcool et le VIH*
Betsy MacKenzie
3. *Questions régionales*
Catherine MacLeod
4. *Animation communautaire auprès des usagers de drogues par injection*
Penny Mossman
5. *La réduction des méfaits*
Pete Conley
6. *Les stéroïdes*
Rick McHutchion
7. *Lacunes de l'information*
Ron de Burger
8. *Stratégies éducatives pour les usagers de drogues*
Cheryl White
9. *L'application des lois*
Michel Perron
10. *Les Autochtones*
Lou Demerais
11. *Les politiques sur les stupéfiants et la justice pénale*
Len Blumenthal
12. *Le lien entre la prévention, le traitement et les soins*
Robert Allen
13. *Les difficultés des services*
Marianne Kobus-Matthews
14. *Les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes*
Michael Graydon
15. *La santé mentale*
Nena Nera
16. *Les femmes, le VIH et la consommation de drogues*
Janet Victor
17. *Réseau des consommateurs de drogues*
Judy McGuire
18. *Le VIH et la consommation de drogues dans les prisons*
Andréa Riesch Toepell
19. *Questions ethnoculturelles*
Sylvie Gendron
20. *Les jeunes*
Evelyn Wallace

Annexe C

Liste des délégués

International

Stephen Jones

Centers for Disease Control
Atlanta (Georgia), E.-U.

Andrew Bennett

Mersey Drug Training and Information Centre
Liverpool, Royaume-Uni

Alberta

Brent Allan

Edmonton (Alberta)

Sharon Big Plume

Needle Exchange
Calgary (Alberta)

Ken Bird

Feather Of Hope Aboriginal AMS Prevention Society
Edmonton (Alberta)

Len Blumenthal

Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission
Edmonton (Alberta)

Nick Bok

Edmonton Police Service
Edmonton (Alberta)

Dawn Bucharski

Birth Control Center
Capital Health Authority, Public Health Services
Edmonton (Alberta)

Richard Butler

Native Justice Initiatives
Edmonton (Alberta)

Lyne Callan

Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission
Calgary (Alberta)

Ione Challborn

Capital Health Authority; Public Health Services
Edmonton (Alberta)

Yvonne Chiu

Capital Health Authority; Public Health Services
Edmonton (Alberta)

Phyllis Craig

Provincial AIDS Program
Edmonton (Alberta)

Dave Desjardins

Feather Of Hope Aboriginal AIDS Prevention Society
Edmonton (Alberta)

Charlotte Dion

Boyle Street Co-op
Edmonton (Alberta)

Sandy Ericson

Centre canadien des amitiés autochtones
Edmonton (Alberta)

David Fitzgerald

AIDS Network
Edmonton (Alberta)

Karen Hala

Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission
Calgary (Alberta)

Rena Halfe

Medical Services Branch
Edmonton (Alberta)

Jordan Head

Treaty 7 Health Services
Calgary (Alberta)

Hope Hunter

Boyle Street Co-op
Edmonton (Alberta)

Darlene James

Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission
Edmonton (Alberta)

Brian Kearns

Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission
Edmonton (Alberta)

Irene Kerr

Inner City Youth Housing Project
Edmonton (Alberta)

Kathy Landry

Northern Addictions Centre
Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission
Grande Prairie (Alberta)

Bryce Larke

Provincial AIDS Program
Edmonton (Alberta)

Barbara Lemarquand-Unich

Calgary Health Services
Calgary (Alberta)

John Lindsay

Edmonton Police Service
Edmonton (Alberta)

Eve MacMillan

Calgary Alpha House
Calgary (Alberta)

Maggie

Alberta Society for Positive Women
Edmonton (Alberta)

Marie-Line Mailloux

Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission
Edmonton (Alberta)

Chris Mayberry

West End Treatment Centre
Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission
Edmonton (Alberta)

George McBeth

Henwood Treatment Centre
Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission
Edmonton (Alberta)

Neil McCaldler

Edmonton (Alberta)

Rick McHutchion

Alberta Health AIDS Program
Edmonton (Alberta)

Nancy McPherson

Capital Health Authority; Public Health Services
Edmonton (Alberta)

Guy Milner

Southern Alberta HIV Clinic
Foothills Hospital
Calgary (Alberta)

Jerry Moran

West End Treatment Centre
Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission
Edmonton (Alberta)

Penny Mossman

Promotion de la santé et développement social
Santé Canada
Edmonton (Alberta)

Sylvia Novik

Native Justice Initiatives
Edmonton (Alberta)

Carolyn Nutter

Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission
Edmonton (Alberta)

Pat Odell

Boyle-McCauley Health Centre
Edmonton (Alberta)

Don Onischak

Promotion de la santé et développement social
Santé Canada
Edmonton (Alberta)

Patricia Orr

Central Alberta AIDS Network Society
Red Deer (Alberta)

Marcel Pelletier

Feather Of Hope Aboriginal AIDS Prevention Society
Edmonton (Alberta)

Marion Perrin

Direction générale des services médicaux
Santé Canada
Edmonton (Alberta)

Marlene Poitras

Feather Of Hope Aboriginal AIDS Prevention Society
Edmonton (Alberta)

Karen Potts

Caring Together
AIDS Network of Edmonton
Edmonton (Alberta)

Mary Rafter

STD Services
Edmonton (Alberta)

Sandy Schmidt

South Peace AIDS Council
Grande Prairie (Alberta)

S/Sgt. Larry Shewchuk

Edmonton Police Headquarters
Edmonton (Alberta)

Helen Tavares

Boyle-McCauley Health Centre
Edmonton (Alberta)

Keith Walls

Promotion de la santé et développement social
Santé Canada
Edmonton (Alberta)

Ken Ward

Feather Of Hope Aboriginal AIDS Prevention Society
Edmonton (Alberta)

Stella Yeung

Edmonton (Alberta)

Colombie-Britannique

Jacqueline Barnett

B.C. Centre for Disease Control
Vancouver (Colombie-Britannique)

Moffatt Clarke

Promotion de la santé et développement social
Santé Canada
Vancouver (Colombie-Britannique)

Lou Demerais

Vancouver Native Health Society
Vancouver (Colombie-Britannique)

Keith Hildebrand

Vancouver Drugs, Street-Crew Unit
Vancouver (Colombie-Britannique)

Mavis Johnston

AIDS Prince Rupert/Needle Exchange
Prince Rupert (Colombie-Britannique)

Gerry Kristianson,

Western Brewers Association
Victoria (Colombie-Britannique)

Judy McGuire

Needle Exchange
Downtown Eastside Youth Activities Society
Vancouver (Colombie-Britannique)

Michael O'Shaughnessy

B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS
Vancouver (Colombie-Britannique)

Steffanie Strathdee

B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS
Vancouver (Colombie-Britannique)

John Turvey

Downtown Eastside Youth Activities Society
Vancouver (Colombie-Britannique)

Manitoba**Janet Cameron**

Ministère de la Santé du Manitoba
Brandon (Manitoba)

Laura Donatelli

Mount Carmel Clinic
Winnipeg (Manitoba)

Dorland McKay

Manitoba Aboriginal AIDS Task Force
Winnipeg (Manitoba)

Bari Scott

a/s Main Street Project
Winnipeg (Manitoba)

Ursula Stelman

Service de santé de la Ville de Winnipeg
Winnipeg (Manitoba)

Ian Wallace

Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances
Winnipeg (Manitoba)

Nouveau-Brunswick**Christofer Balram**

Unité de promotion de la santé et de prévention des maladies
du N.-B.
Fredericton (Nouveau-Brunswick)

Grace Getty

Université du Nouveau-Brunswick
Fredericton (Nouveau-Brunswick)

André Malenfant

VIH-SIDA Moncton
Moncton (Nouveau-Brunswick)

Lana Sherwood

SIDA Saint-Jean
Saint-Jean (Nouveau-Brunswick)

Suzanne Webster

Sida - Nouveau-Brunswick
Fredericton (Nouveau-Brunswick)

Terre-Neuve**Jocelyn Green**

Emmanuel House
St. John's (Terre-Neuve)

June Layden

Crime Prevention Unit
Royal Newfoundland Constabulary
St. John's (Terre-Neuve)

Michael Newchurch

Newfoundland and Labrador AIDS Committee
St. John's (Terre-Neuve)

Bernardus Stroomer

MACSO
St. John's (Terre-Neuve)

Laurie Yetman

John Howard Society
St. John's (Terre-Neuve)

Trudi Parsons

Newfoundland/Labrador AIDS Committee
St. John's (Terre-Neuve)

Nouvelle-Ecosse**Robert Allen**

Nova Scotia Persons with AIDS Coalition
Halifax (Nouvelle-Ecosse)

Kevin Barlow

Atlantic First Nations AIDS Task Force
Halifax (Nouvelle-Ecosse)

Murray Cheney

Shore Drug Dependency Program
Lunenburg (Nouvelle-Ecosse)

Bernadette Christmas

Atlantic First Nations AIDS Task Force
Halifax (Nouvelle-Ecosse)

Sandy Goodwin

"Spreading the Word"
Halifax (Nouvelle-Ecosse)

Tom Grandy

Mainline Needle Exchange
Halifax (Nouvelle-Ecosse)

Marianne Kobus-Matthews

Nova Scotia PWA Coalition
Halifax (Nouvelle-Ecosse)

Ross MacDonald

AIDS Nova Scotia
Halifax (Nouvelle-Ecosse)

Christine Metallic

Atlantic First Nations AIDS Task Force
Halifax (Nouvelle-Ecosse)

Tom Payette

Nova Scotia Drug Dependency Services
Dartmouth (Nouvelle-Ecosse)

JoAnne Sylliboy

Atlantic First Nations AIDS Task Force
Halifax (Nouvelle-Ecosse)

Tuma Young

Atlantic First Nations AIDS Task Force
Halifax (Nouvelle-Ecosse)

Territoires du Nord-Ouest

Rolund Peters

Ingamo Hall Friendship Centre
Inuvik (Territoires du Nord-Ouest)

Ontario

Chris Archibald

Division de l'épidémiologie du VIH-SIDA,
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Russell Armstrong

Société canadienne du sida
Ottawa (Ontario)

Julia Barnett

City of York Health Unit
York (Ontario)

Janice Benson

Programme «SITE»
Ottawa (Ontario)

Robin Bolton

Service de santé de Sudbury et du District
Sudbury (Ontario)

Holly Brant-Butcher

Fondation de la recherche sur la toxicomanie
Sault Ste-Marie (Ontario)

Ron de Burger

Association canadienne de santé publique
Ottawa (Ontario)

Jo-Anne Colson

Ontario Substance Abuse Bureau
Toronto (Ontario)

Pete Conley

Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Oonagh Fitzgerald

Human Rights Law Section
Justice Canada
Ottawa (Ontario)

Barb Fleury

Drug Enforcement Directorate
Ottawa (Ontario)

Pam Fralick

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les
toxicomanies
Ottawa (Ontario)

Michael Graydon

AIDS Committee of Ottawa
Ottawa (Ontario)

Wade Hillier

Drug Prevention
Toronto (Ontario)

Shaun Hopkins

The WORKS - Ville de Toronto
Toronto (Ontario)

Diane Jacovella

Alcohol and Other Drug Unit,
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Peter Kaine

Fondation de la recherche sur la toxicomanie
Kitchener (Ontario)

Betsy MacKenzie

Unité des services d'information et de prévention en matière
de sida
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Catherine MacLeod

Unité des services d'information et de prévention en matière
de sida
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Augusto Mathias

Service de santé publique
Ville de Toronto
Toronto (Ontario)

Michael McCrimmon

Fondation de la recherche sur la toxicomanie
Toronto (Ontario)

Paul Melia

Centre canadien sur le dopage sportif
Gloucester (Ontario)

Peggy Millson

University of Toronto
Toronto (Ontario)

Ted Myers

University of Toronto
Toronto (Ontario)

Nena Nera

Unité de soins, de traitement et de soutien concernant le sida
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Suzanne Newmark

Hamilton Health Unit
Hamilton (Ontario)

Eugene Oscapella

Ottawa (Ontario)

Iris Page

Talk Shop
North York (Ontario)

Michel Perron

Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Diane Riley

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les
toxicomanies
Toronto (Ontario)

Jean Ruel

Bureau de surveillance des médicaments
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Adam Shane

Toronto PWA Foundation
Toronto (Ontario)

Donna Sharkey

Unité de l'alcool et des autres drogues
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Francine Sicotte

Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Andréa Riesch Toepell

North York (Ontario)

Kate Tschakovsky

Fondation de la recherche sur la toxicomanie
Toronto (Ontario)

Janet Victor

Ministère de la Santé
Toronto (Ontario)

Susan Vincent

Drug and Alcohol Registry of Treatment
London (Ontario)

Dawn Walker

Direction de la promotion de la santé
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Evelyn Wallace

Ministère de la Santé
Toronto (Ontario)

Cheryl White

Kingston AIDS Project
Kingston (Ontario)

Jay Wortman

Direction générale des services médicaux
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Colleen Zakoor

Maison McEwan
Toronto (Ontario)

Ile-du-Prince Edouard

Phil Arbing

Services communautaires et correctionnels
Charlottetown (Ile-du-Prince-Edouard)

Québec

Claude Arsenault

Le Patriarche Inc.
Pierrefonds (Québec)

Maurice Aucoin

Section de la Prévention des stupéfiants
Montréal (Québec)

Julie Bruneau

Hôpital St-Luc
Montréal (Québec)

Richard Cloutier

Centre québécois de coordination sur le sida
Montréal (Québec)

Lindee David

Société canadienne de l'hémophilie
Montréal (Québec)

Sylvie Gendron

Hôpital général de Montréal
Montréal (Québec)

Maryse Guay

Santé publique
Hôpital du Haut-Richelieu
Québec (Québec)

Catherine Hankins

Centre d'études sur le sida
Hôpital général de Montréal
Montréal (Québec)

Ralf Jürgens

Réseau juridique canadien VIH-SIDA
Montréal (Québec)

Andrew Kennedy

Direction de la santé communautaire
Hôpital de Chicoutimi
Chicoutimi (Québec)

Eric Milliet

Le Patriarche Inc.
Pierrefonds (Québec)

Carole Morissette

Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Montréal (Québec)

Louise Nadeau

Département de Psychologie
Université de Montréal
Montréal (Québec)

Lina Noël

Centre de Santé publique de Québec
Québec (Québec)

Élise Roy

Centre d'études sur le sida
Hôpital général de Montréal
Montréal (Québec)

John Topp

Régie régionale de la santé et des services sociaux
Montréal (Québec)

Saskatchewan

Barb Anderson

Safe Generation Needle Exchange
Saskatoon (Saskatchewan)

Robert Haubrich

Calder Center
Saskatoon (Saskatchewan)

Kathy Lloyd

Street Project
Regina (Saskatchewan)

Nida Wurtz

Saskatchewan Health
Regina (Saskatchewan)

Territoire du Yukon

Roberta Austin

Skookum Jim Friendship Centre
Whitehorse (Territoire du Yukon)

Bertha Blondin

Selkirk First Nation
Pelly Crossing (Territoire du Yukon)

Bonnie Boyd

Yukon AIDS Program
Whitehorse (Territoire du Yukon)

Jocelyne Gauthier

Yukon Alcohol and Drug Services
Whitehorse (Territoire du Yukon)

Randal Tetchichi

Healing Camp
Vuntut Gwitchin Tribal Council
Old Crow (Territoire du Yukon)

Deuxième Atelier national sur le VIH, et l'usage de l'alcool et des autres drogues — Actes

Édité par le Comité organisateur

Pour obtenir des exemplaires additionnels, s'adresser à :

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
75, rue Albert, Bureau 300
Ottawa (Ontario) K1P 5E7

(Also available in English)

Conception graphique : Betty Haydn Graphic Design