

Vers une meilleure cohérence des interventions en matière de santé et de sécurité publiques auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection

Guide

de prévention des infections transmissibles
sexuellement et par le sang à l'intention
des services policiers, des groupes communautaires
et des établissements de santé et de services sociaux

Le présent document a été réalisé grâce à la collaboration du Comité santé et sécurité publiques à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI, mis sur pied par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le ministère de la Sécurité publique (MSP) et composé des personnes suivantes :

M^{me} **Lalie Bélanger-Dion**, Agence de la santé et des services sociaux de Laval
M. **Richard Cloutier**, ministère de la Santé et des Services sociaux
M. **Benjamin Denis**, ministère de la Sécurité publique
M^{me} **Suzanne Drolet**, Service de police de la Ville de Québec
M. **Alain Gagnon**, Service de police de la Ville de Montréal
M. **Michel Grégoire**, Service de police de la Ville de Terrebonne
M^{me} **Chantal Jetté**, Sûreté du Québec
M. **Jean-Pierre Larose**, Association des directeurs de police du Québec
M^{me} **Anne Maheu**, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
M^{me} **Carole Morissette**, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
M. **Alain Paré**, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
M. **Luc Rainville**, Service de police de la Ville de Granby
M. **Yanik Tétreault**, Service de police de Laval

Coordination

M. **Richard Cloutier**, ministère de la Santé et des Services sociaux
M. **Benjamin Denis**, ministère de la Sécurité publique

Rédaction

M^{me} **Lucie Gagnon**, réd. a., Les Textes de l'Albatros

Consultations

Plusieurs personnes représentant des organismes dont les membres sont concernés par la question des drogues par injection ont été consultées. La liste de ces personnes se trouve à l'annexe 1.

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document n'est accessible qu'en version électronique aux adresses :

<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications** et <http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/vous-etes/profil-corps-police.html>

Un document présentant la synthèse du guide est aussi disponible.

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014
Bibliothèque et Archives Canada, 2014
ISBN : 978-2-550-68710-8 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Mention pour référence :

Gouvernement du Québec (2014). *Vers une meilleure cohérence des interventions en matière de santé et de sécurité publiques auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection. Guide de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang à l'intention des services policiers, des groupes communautaires et des établissements de santé et de services sociaux*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, ministère de la Sécurité publique. 98 p.

Mot des deux sous-ministres adjoints

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Sécurité publique du Québec ont convenu de l'importance d'assurer une meilleure cohérence des interventions entre les services policiers, les groupes communautaires et les établissements de santé et de services sociaux qui travaillent en prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), et dont le personnel est régulièrement en contact avec des personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI). Ils ont mandaté pour ce faire un comité mixte composé de représentants des deux ministères, de directions de santé publique d'agences de la santé et des services sociaux, de services de police et de l'Association des directeurs de police du Québec : le Comité santé et sécurité publiques à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI.

La décision de prendre les moyens nécessaires afin d'assurer une meilleure concertation entre les organismes mentionnés plus haut s'imposait principalement pour les trois raisons suivantes : les risques de transmission du VIH et de l'hépatite C parmi les personnes UDI, la somme des efforts consentis dans le domaine de la santé pour prévenir et contenir ces risques et l'importance du travail effectué par les services policiers pour sécuriser les milieux dans lesquels évoluent les personnes UDI.

Pour être efficace, la concertation doit s'appuyer sur des stratégies et des outils qui satisfont les gens habitant ou travaillant près des lieux où s'effectuent les interventions, qui correspondent aux souhaits et aux besoins de l'ensemble des intervenants sur le terrain, qu'ils agissent dans le domaine de la santé ou de la sécurité, et qui ouvrent la voie à des services publics encore plus efficaces. Le présent guide propose un certain nombre de stratégies et d'outils en ce sens ; ces propositions ne sont ni restrictives ni exhaustives, l'important étant d'en arriver à la meilleure concertation possible, quel que soit le chemin emprunté.

Ce guide s'inscrit aussi dans le contexte du partenariat développé entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Sécurité publique au regard des critères relatifs à la mise en place de services d'injection supervisée au Québec.

Le directeur national
de santé publique et
et sous-ministre adjoint

Horacio Arruda

Le sous-ministre associé à la Direction
générale des affaires policières,

Yves Morency

Sommaire

Le présent guide se veut un outil pour faciliter les changements d'attitudes et de comportements qui permettront à tous ceux dont la mission consiste à intervenir, occasionnellement ou régulièrement, auprès des personnes qui font usage de drogues par injection (UDI) de le faire avec la plus grande cohérence et dans l'application la plus juste possible du jugement de la Cour suprême à propos de l'organisme INSITE de Vancouver, sur lequel nous reviendrons plus loin.

À cette fin, on y décrit d'abord la réalité entourant la consommation de drogues par injection en insistant sur la notion de dépendance et sur le fait que le passage à la consommation par injection a généralement lieu dans un contexte où la personne se trouve dans une situation de vulnérabilité. Ce type de consommation s'accompagne de risques sérieux d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de risques élevés d'infection par le virus de l'hépatite C (VHC). Elle entraîne aussi d'autres infections, bactériennes celles-là, qui peuvent causer des abcès pouvant apporter par la suite des infections du cœur. Certains utilisateurs peuvent aussi développer des troubles graves de santé mentale.

Pour trouver une solution à l'augmentation des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) auprès des personnes UDI, le ministère de la Santé et des Services sociaux a adopté l'approche dite de réduction des méfaits en complément aux actions de lutte à la toxicomanie. Dès 1989, il a mis en place des programmes de prévention qui visent à faciliter l'accès à du matériel d'injection stérile et étendu, à partir de 1994, le réseau des centres d'accès à du matériel d'injection stérile (CAMI) à toutes les régions du Québec. Les résultats sont concluants, puisqu'on a observé une réduction significative de l'incidence du VIH chez les personnes UDI.

La consommation de drogues par injection comporte aussi des enjeux sur le plan de la sécurité publique. Dans un contexte où l'intimidation et la violence se manifestent parfois, le sentiment de sécurité des citoyens peut être affaibli et donner lieu à plusieurs plaintes auprès des policiers. En vertu de leur obligation d'intervenir, les policiers doivent alors choisir les moyens les plus adéquats, compte tenu des circonstances, afin de protéger la ou les personnes en cause et de mettre fin au comportement inapproprié.

En fournissant des services aux citoyens, les policiers, les intervenants des organismes communautaires et les professionnels de la santé répondent à des demandes qui peuvent donner lieu à des interventions contradictoires et constituer des entraves à

l'action efficace de l'un ou de l'autre. Sept situations où il peut y avoir incompréhension de part et d'autre ont été identifiées. Ces situations se produisent principalement :

- 1) lorsqu'il y a une présence policière aux abords des CAMI ;
- 2) lorsque des contraventions sont données, lorsque des arrestations sont effectuées et lorsqu'il y a saisie de matériel d'injection ;
- 3) lorsque des interventions policières sont effectuées dans les CAMI ;
- 4) lorsqu'il y a prise en charge de personnes intoxiquées et désorganisées ;
- 5) lorsqu'il y a distribution de seringues, lorsque des seringues sont jetées dans des lieux publics et lorsqu'il s'agit de procéder à la récupération des seringues ;
- 6) lorsqu'il y a concentration de personnes UDI dans des endroits publics et lorsque les injections se font en public ;
- 7) lorsque la gestion des informations nominatives et leur partage entre les intervenants concernés ne sont pas adéquats.

Ces situations où il y a incompréhension entre les services en cause tirent leur origine de cultures organisationnelles différentes qui découlent de responsabilités, de missions, de lois et de rôles différents. Elles ont fait l'objet d'une analyse plus poussée ayant pour but de souligner les visions différentes de chacun des secteurs au regard d'une même réalité et de mettre en lumière les convictions que tous partagent. Les éléments à prendre en compte ont aussi été répertoriés dans le présent guide, de même que les actions à préconiser pour en arriver à une meilleure cohérence des interventions. On y insiste aussi sur les pratiques de partenariat à développer : la communication, l'adaptation, la négociation et la résolution de conflits. L'analyse de chacune des situations posant problème fait l'objet de la deuxième partie du document et un rappel de toutes les recommandations formulées par le Comité santé et sécurité publiques à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI est incorporé à la conclusion.

L'intervention concertée à laquelle le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Sécurité publique souhaitent en arriver repose sur deux assises : des principes directeurs qui reconnaissent les conditions dans lesquelles évoluent les personnes UDI et des objectifs dont l'atteinte est mesurable. Ces objectifs consistent à lever les entraves à la lutte contre l'épidémie du VIH et du VHC auprès des personnes UDI, à rassurer la population, particulièrement les citoyens et les commerçants habitant ou faisant affaire près des lieux où se rassemblent les personnes UDI, et de donner une image plus cohérente des actions réalisées par les différents acteurs concernés.

Le jugement récent de la Cour suprême concernant l'organisme INSITE de Vancouver est venu nous rappeler que les lois fédérales en matière de drogues visent à protéger à la fois la santé et la sécurité publiques. Ce jugement établit que les services de santé offerts aux personnes UDI, tels les services d'injection supervisée (SIS), devraient bénéficier d'une exemption à la loi lorsqu'il est démontré qu'ils sauvent des vies et n'ont pas d'effet négatif sur la criminalité et l'ordre public.

En raison de ce jugement et de l'évolution de la réflexion sur les soins à offrir aux personnes UDI, les policiers sont de plus en plus conscientisés quant à la nécessité et à la légitimité d'une prise en charge sanitaire des problèmes de toxicomanie et ils reconnaissent la pertinence d'une complémentarité d'action. De leur côté, les intervenants du secteur de la santé sont de plus en plus sensibles à la réalité de la pratique policière et plus enclins à convenir que chacun des secteurs a un rôle déterminant à jouer.

Table des matières

PRÉAMBULE	9
1 La consommation de drogues	12
1.1 Les facteurs qui entrent en jeu dans la consommation de drogues.....	12
1.2 Les facteurs qui amènent à consommer des drogues par injection.....	12
1.3 Les conséquences de l'usage de drogues par injection	14
2 Les solutions envisagées pour contrer les conséquences sur la santé de l'usage de drogues par injection.....	18
2.1 L'approche dite de réduction des méfaits	18
2.2 L'accès à du matériel d'injection stérile.....	19
2.3 Les moyens complémentaires.....	21
2.4 Les critères du ministère de la Santé et des Services sociaux encadrant l'offre de services d'injection supervisée au Québec	24
3 Les enjeux liés à la consommation de drogues par injection relevant de la sécurité publique.....	25
3.1 L'achat et la consommation	25
3.2 Le sentiment de sécurité.....	26
3.3 L'action policière	26
4 Les principaux acteurs gravitant autour des personnes utilisatrices de drogues par injection.....	28
4.1 Les personnes utilisatrices de drogues par injection.....	29
4.2 Les services de santé.....	30
4.3 Les organismes communautaires.....	32
4.4 Les services de police	33
4.5 Les résidents, les gens d'affaires, les fonctionnaires municipaux et les élus	34
5 Les obstacles à la concertation.....	36
5.1 Les situations engendrant de l'incompréhension.....	36
5.2 Des missions différentes	37
5.3 Les obligations légales.....	38
6 Les assises de la concertation et ses effets	40

6.1	Les principes directeurs.....	40
6.2	Les objectifs généraux.....	41
6.3	Les canaux de concertation à mettre en place	41
6.4	Les pratiques de partenariat	42
6.5	Les effets de la concertation	45
7	Vers une meilleure cohérence des interventions	46
7.1	La présence policière aux abords des centres d'accès à du matériel d'injection	47
7.2	Les contraventions données, les arrestations effectuées et la saisie de matériel d'injection	50
7.3	Les interventions policières dans les centres d'accès à du matériel d'injection stérile	53
7.4	La prise en charge des personnes intoxiquées et désorganisées	56
7.5	La distribution de seringues, les seringues jetées dans des lieux publics et la récupération des seringues.....	59
7.6	La concentration de personnes utilisatrices de drogues par injection dans des endroits publics et l'injection en public.....	62
7.7	La gestion des informations nominatives et leur partage entre les intervenants concernés	65
	CONCLUSION.....	67
	BIBLIOGRAPHIE	72
	ANNEXE 1	79
	ANNEXE 2	80
	ANNEXE 3	81
	ANNEXE 4	86
	ANNEXE 5	97
	ANNEXE 6	99

Préambule

L'usage de drogues par injection constitue une problématique complexe qui peut, dans certains cas, entraîner des conséquences importantes. À cet égard, les acteurs de la santé et de la sécurité publique ont chacun des rôles complémentaires à jouer, qui peuvent diverger bien qu'ils visent tous, ultimement, la sécurité et le bien-être des citoyens. De fait, assurer à la fois la santé et la sécurité publiques au regard de la consommation des drogues par injection et des conditions entourant cette consommation présente plusieurs défis en ce qui a trait à la cohérence et à la coordination des interventions.

Malgré tout, dans le cadre législatif actuel et dans le respect des missions respectives de chaque secteur en cause, certaines collaborations fructueuses ont réussi à voir le jour et certaines ententes solides ont pu être nouées sur le terrain entre des services de police et des services de santé.

Sur la base de quels éléments de telles collaborations ont-elles pu être scellées ? À partir de quelle compréhension des enjeux de telles ententes ont-elles pu être conclues ? Comment a-t-on pu en arriver à un consensus qui assure la collaboration, la concertation et le partenariat de chacun au cours des interventions ?

Les réponses à ces questions ont été fournies par l'Institut national de santé publique du Québec¹ dans le cadre d'une recension de la littérature sur le sujet et par les points de vue exprimés par les experts-conseils² qui ont accepté de partager leurs expériences afin que les éléments d'une réelle concertation entre l'Association québécoise de promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues (AQPSUD), les milieux policiers, les milieux de la santé et les milieux communautaires puissent être mis en œuvre partout au Québec³.

Comme cela se produit pour la résolution d'autres problèmes sociaux, les réponses les plus justes sont celles qui entraînent le plus souvent des concessions « gagnant-gagnant », sans lesquelles aucun accord ne peut vraiment perdurer. De telles

-
1. Institut national de santé publique du Québec. *Partenariat entre les services de police et les programmes d'échange de seringues : les enjeux de l'action intersectorielle*, 2012, 124 p. On peut consulter ce document à l'adresse suivante : http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/1600_ParteneriatServPoliceProgEchangeSering_EnjeuxActionIntersec.pdf.
 2. Il s'agit d'experts-conseils qui ont été consultés par l'INSPQ pour la réalisation d'un portrait de la situation à la demande du Comité santé et sécurité publiques à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI.
 3. Pour produire le présent guide, l'expérience de chacun des membres du comité a été mise à profit et plusieurs documents ont été consultés. Les membres du Comité santé et sécurité publiques à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI ont fait le choix rédactionnel de ne pas citer ces documents directement dans le texte. Leur liste complète se retrouve à la fin du document, dans la bibliographie.

concessions portent sur la manière de procéder, sur la création d'environnements favorables et sur la définition de cadres de pratique. Elles se basent sur la reconnaissance des champs d'expertise qui sont exclusifs à tel ou tel secteur et de ceux qui ne le sont pas, tout en respectant les mandats et les responsabilités de chacun.

La concertation n'est toutefois pas une panacée. Pour qu'elle soit pertinente, elle doit engendrer des gains : gains de sens, gains sur le plan de l'efficacité, de la qualité des services offerts et gains en ce qui a trait à l'acceptabilité sociale des interventions.

Les services policiers et les services de santé sont deux services publics essentiels à la sécurité et au bien-être de la population. Afin que les services pris en charge par ceux-ci puissent être offerts de manière optimale auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI), des démarches de concertation locale et régionale doivent être réalisées dans le cadre d'actions publiques transparentes. De telles démarches répondent au besoin d'associer les intervenants de la sécurité publique et du secteur de la santé au sein d'actions communes qui soient comprises et acceptées à la fois des citoyens, des personnes UDI et des intervenants eux-mêmes.

Le présent guide met l'accent sur les situations qui posent ou peuvent poser des problèmes de concertation et de cohérence sur le plan des interventions. De telles situations ne se produisent pas partout, notamment lorsque le principe de bon voisinage s'applique. Dans certains endroits, les conditions qui les entraînent sont rares, voire inexistantes, alors que dans d'autres, elles sont bien présentes et s'aggravent avec le temps ou en fonction des circonstances. Ce sont ces situations que vise le présent guide, afin d'aider les intervenants à les corriger.

Il a été conçu comme un coffre à outils à l'intention des services qui sont sur le terrain. Les premiers outils qu'il propose visent la compréhension de la réalité des personnes UDI et des enjeux en matière de santé et de sécurité publiques qui leur sont étroitement reliés.

Les obstacles à la concertation y sont ensuite abordés en fonction des situations où il y a incompréhension entre les parties en cause que peuvent engendrer l'action policière et les interventions des services de santé. Afin de bien camper les rôles et les responsabilités de chacun, les missions propres à chaque secteur, le mandat des acteurs appartenant à ces secteurs et les lois encadrant leur travail y sont aussi décrits brièvement.

On y établit par la suite les assises de la concertation recherchée et les effets qu'elle peut entraîner. Les principes directeurs et les objectifs généraux devant guider le travail

des intervenants y sont également définis, de même que les canaux de concertation à mettre en place. La section consacrée à ces sujets se termine par un rappel des principaux effets de la concertation.

Enfin, chacune des situations pouvant engendrer de l'incompréhension fait l'objet d'une analyse plus poussée, de manière à mettre en évidence les raisons pour lesquelles les intervenants agissent comme ils le font. À la lumière d'une compréhension plus fine des logiques d'action, les membres du Comité santé et sécurité publiques à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI proposent enfin des solutions pouvant mener à une plus grande cohérence des interventions. Ces solutions sont suivies d'un rappel des principales pratiques de partenariat et des avenues à privilégier pour parvenir à une meilleure cohérence des interventions.

1 La consommation de drogues

Les motifs de la consommation de drogues, qui sont bien différents d'une personne à l'autre allant de la recherche du plaisir au soulagement, sont souvent multiples.

Chez les personnes qui recherchent un soulagement, on note une prédisposition à développer une dépendance qui les rendra plus susceptibles d'avoir des problèmes sociaux, légaux et de santé. L'usage de drogues par injection amplifie ce risque.

Bien comprendre les facteurs associés à l'usage de drogues permet d'envisager des pistes de solution mieux adaptées pour diminuer les conséquences de la consommation et trouver des terrains d'entente entre les intervenants des secteurs de la sécurité publique et de la santé publiques.

1.1 Les facteurs qui entrent en jeu dans la consommation de drogues

Les problèmes liés à la consommation de drogues dépendent fortement de l'individu, de son environnement et du produit consommé. Selon la « loi de l'effet » illustrée à la figure 1 de la page suivante, il est très difficile de prévoir les réactions consécutives à la consommation d'une drogue ou d'une autre, puisqu'elles varient en fonction de plusieurs facteurs. L'effet engendré dépend non seulement du type de produit consommé (dépresseur, stimulant, perturbateur), mais aussi des caractéristiques de la personne, et du contexte entourant la consommation.

Les interactions de ces facteurs sont illustrées où E (l'effet) égale P (le produit), combiné à I (l'individu) et à C (le contexte), et où les interactions sont représentées sous la forme de trois ensembles. Au regard du produit consommé, les principaux facteurs sont les suivants : la quantité, la qualité, la fréquence de consommation, la tolérance au produit et la combinaison avec d'autres produits. Chez les individus, ces facteurs sont les suivants : la taille, le sexe, le poids, l'état de santé et l'état d'esprit. Enfin, les principaux facteurs contextuels sont les suivants : le lieu, le moment de la journée, les relations avec les autres (famille, amis), les conflits et les lois en vigueur.

1.2 Les facteurs qui amènent à consommer des drogues par injection

Le rituel revêt une certaine importance dans la consommation de drogues par injection. Il est associé à la structuration et à l'anticipation du plaisir ainsi qu'au pouvoir de la pensée magique.

Figure 1 : La loi de l'effet



Source : Direction de santé publique de la Montérégie (2003),
Association des intervenants en toxicomanie du Québec (2005)

L'usage de drogues par injection implique souvent une notion de partage basée sur l'intimité et le rapprochement et engendre généralement un effet particulier, l'extase, le « buzz ». Les pratiques de partage ne se limitent pas au partage de seringues. Elles ont également cours à l'étape de préparation de la drogue et comportent des risques importants d'infection. À titre d'exemple, le *front loading* (qui consiste à remplir une seringue à partir d'une autre par l'aiguille) et le *back loading* (où le remplissage s'effectue en puisant directement dans le réservoir d'une autre seringue) constituent des pratiques particulièrement risquées.

Le passage de la consommation de drogues par inhalation ou ingestion à la consommation par injection révèle un contexte de vulnérabilité. Certaines personnes

utilisent ce mode de consommation parce qu'elles recherchent un effet plus direct, plus fort et, par conséquent, plus satisfaisant. En outre, la quantité de drogue requise pour l'injection étant beaucoup plus petite, cela en fait un mode de consommation plus économique et moins visible en cas d'interpellation par la police.

Plus rapide, plus forte et plus satisfaisante, la consommation par injection peut facilement mener à un usage inapproprié. Un tel usage recouvre toutes les formes de consommation susceptibles d'entraîner des méfaits pour la personne qui consomme ou pour son entourage : l'usage excessif et l'usage dans des circonstances ou selon des méthodes impropres ou dangereuses. Ces usages inappropriés mettent en danger la santé, la sécurité ou la vie de la personne et l'empêchent de remplir ses engagements ou d'accomplir ses tâches correctement.

1.3 Les conséquences de l'usage de drogues par injection

L'usage de drogues par injection peut rendre une personne plus vulnérable socialement et engendrer des comportements illicites ou dangereux (itinérance, recours à des moyens illégaux ou risqués pour se procurer de l'argent pour consommer – prostitution, délits, mendicité) qui donneront éventuellement lieu à la stigmatisation de cette personne, à la judiciarisation de son cas ou à son incarcération. Ce type de consommation s'accompagne potentiellement de problèmes de santé, notamment d'infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et par le virus de l'hépatite C (VHC).

Ainsi, au Québec,

- 15 % des personnes UDI sont infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ;
- 63 % des personnes UDI sont infectées par le virus de l'hépatite C (VHC) ;
- chaque année, 3 personnes UDI sur 100 deviennent infectées par le VIH et 27 sur 100 par le VHC.

L'usage de drogues par injection peut occasionner aussi d'autres infections, bactériennes celles-là, qui peuvent faire apparaître des abcès engendrant ensuite des infections du cœur. L'usage de drogues par injection peut plus particulièrement causer des surdoses et provoquer des arrêts respiratoires et des psychoses.

Comme nous l'avons dit plus tôt, l'intoxication et ses effets sont variables d'une personne à l'autre. Lorsque la consommation constitue une solution à la souffrance ou

une forme d'automédication (dus à une agression sexuelle antérieure, à la pauvreté, à un problème de santé mentale, etc.), le risque de développer une dépendance est beaucoup plus élevé, la consommation apportant, surtout au début, un soulagement immédiat, bien que temporaire.

Chez certains utilisateurs, la consommation peut entraîner des troubles graves de santé mentale dont l'un des symptômes est la paranoïa. En présence de tels troubles, il y a danger pour la santé et la sécurité de la personne intoxiquée de même que pour son entourage.

Selon Stanton Peele⁴ : « La dépendance (à un psychotrope) est rattachée à l'effet que produit (ce) psychotrope sur une personne donnée, dans des circonstances données ; un effet qui supprime l'angoisse et qui diminue la capacité de l'individu à faire face à la vie de sorte que toutes les situations anxiogènes de (sa) vie s'aggravent. »

Pour Peele, la dépendance :

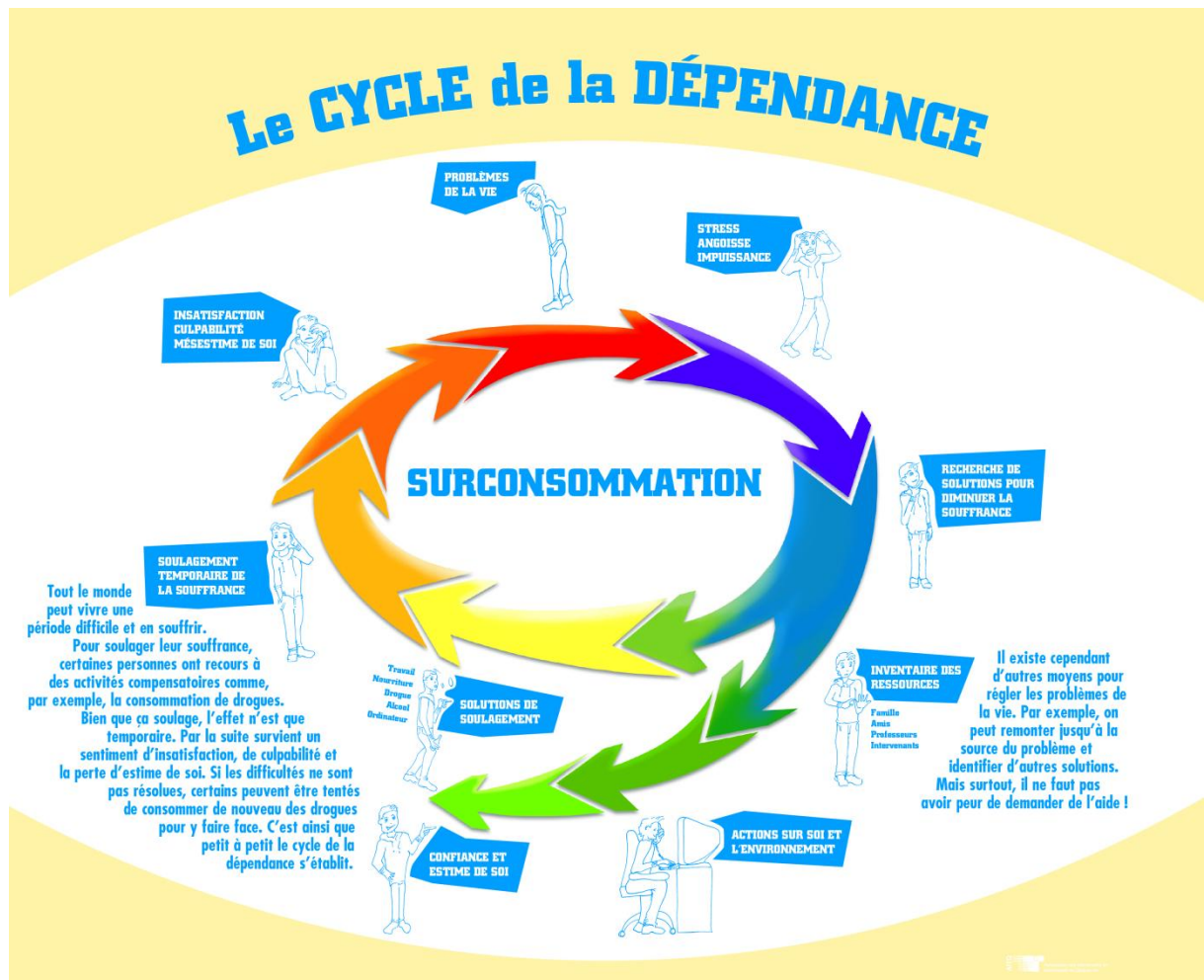
- « est un continuum, c'est-à-dire un cercle qui recommence continuellement jusqu'à ce qu'une intervention vienne y mettre fin ;
- « détourne la personne de tous ses autres centres d'intérêt, ce qui veut dire que l'usage de la ou des drogues devient omniprésent, en éliminant progressivement tous les autres centres d'intérêt de la personne ;
- « n'est pas une expérience agréable : lorsque la personne utilise des psychotropes presque uniquement dans le but de soulager sa souffrance, il n'y a plus le plaisir lié à la consommation, comme au début ;
- « est l'incapacité de choisir de ne pas faire quelque chose, c'est-à-dire que la personne a placé le ou les psychotropes au centre de sa vie et qu'elle ne vit que pour cela. La ou les substances la dominant totalement et la personne n'est plus maîtresse de sa vie. »

La figure 2 de la page 16 illustre les différentes étapes du cycle de la dépendance. On y observe que les problèmes de la vie courante entraînent du stress, de l'angoisse et un sentiment d'impuissance. Les personnes qui les éprouvent recherchent des solutions pour diminuer leur souffrance, ce qui les amène à procéder à un inventaire des ressources (famille, amis, professeurs, intervenants) dont elles disposent. Selon que ces ressources sont ou non présentes et suffisantes, les personnes poseront des gestes qui auront un effet sur elles-mêmes et sur leur environnement ou chercheront un

4. Peele, Stanton. *L'expérience de l'assuétude*. Presses de l'université de Montréal, Montréal, 1977, 59 p.

soulagement temporaire en ayant recours à diverses solutions (travail, nourriture, drogue, alcool, ordinateur). Ces choix se traduiront à moyen terme par une plus grande confiance et une meilleure estime de soi ou par de l'insatisfaction, de la culpabilité et de la mésestime de soi.

Figure 2 : Le cycle de la dépendance



Source : Association des intervenants en toxicomanie du Québec

L'insatisfaction, la culpabilité et la mésestime de soi rendront la personne encore plus vulnérable à ses problèmes, renforceront son besoin de soulagement immédiat et la pousseront à la surconsommation. Certaines personnes UDI souhaitent arrêter de consommer. Pour les accompagner en ce sens, les organismes communautaires et le réseau de la santé et des services sociaux offrent une gamme de services allant des services de première ligne (CLSC et hôpitaux) à l'intervention spécialisée, incluant la

désintoxication. La démarche, qui reste toujours importante, variera selon le degré de dépendance, les conditions socioéconomiques et l'environnement social.

À ces facteurs s'ajoute le fait que plusieurs personnes UDI se retrouvent en marge de la société en consommant des substances illicites. En effet, l'illégalité qui entoure la possession de drogues affecte les comportements des personnes UDI de multiples manières ; par exemple, elles sont souvent réticentes à :

- transporter sur elles du matériel d'injection ;
- utiliser les boîtes de récupération de seringues mises à leur disposition (préférant dissimuler leurs seringues usagées dans des buissons, des toilettes publiques, des squats) ;
- s'injecter la drogue avec précaution, en suivant toutes les étapes de la préparation initiale, y compris l'essai d'une petite dose et l'utilisation d'un tampon d'alcool pour nettoyer leur peau ;
- s'adresser à la police pour obtenir de l'aide ou des services d'urgence ;
- rester dans leur milieu pour bénéficier des services de santé et des services sociaux qui y sont offerts ;
- garder sur elles les drogues qu'elles transportent, préférant les cacher dans leurs cavités corporelles.

La consommation de drogues par injection comporte un risque élevé de dépendance ; elle peut occasionner des problèmes de santé, de sécurité et de criminalité. Malgré cela, il reste possible d'arrêter de consommer.

2 Les solutions envisagées pour contrer les conséquences sur la santé de l'usage de drogues par injection

Pour en arriver à réduire les conséquences liées à l'usage de drogues par injection, la prise en charge individuelle et collective des personnes utilisatrices de drogues passe par des interventions visant à :

- les outiller afin qu'elles adoptent des comportements responsables ;
- leur permettre de faire des choix éclairés au regard de leur consommation ;
- répondre à leurs besoins de base (se nourrir, dormir, se loger, se vêtir) ;
- favoriser l'accès aux services de santé et psychosociaux.

Parce qu'il fallait trouver une solution à l'augmentation des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les personnes UDI, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a adopté une approche dite de réduction des méfaits, complémentaire aux orientations visant à prévenir, à réduire et à traiter les problèmes de dépendance.

2.1 L'approche dite de réduction des méfaits

L'approche dite de réduction des méfaits est une approche **pragmatique** – qui reconnaît que les drogues existent depuis toujours – et **humaniste** – qui s'adresse à la personne au-delà de sa dépendance. Elle ne vise pas à réduire d'emblée la consommation, mais plutôt à diminuer les conséquences néfastes qui l'accompagnent en :

- aidant la personne à mieux gérer sa consommation lorsqu'elle n'envisage pas nécessairement d'arrêter de consommer ;
- tentant d'atténuer les répercussions négatives associées à la consommation.

Cette approche ne déresponsabilise pas la personne UDI ; elle la place au cœur de l'action et l'incite à poser des gestes pour réduire les conséquences négatives de sa consommation.

De fait, l'approche de réduction des méfaits tient compte de la qualité de vie des personnes en :

- prônant des objectifs qui visent à régler les problèmes les plus urgents, comme la stabilisation de l'état de santé ;

- leur donnant des moyens susceptibles de les aider à mieux préserver leur santé, à se protéger et à changer les comportements qui favorisent les infections et les décès par surdose ;
- les amenant à se mobiliser et à défendre leurs droits.

Un bel exemple d'application de l'approche de réduction des méfaits, dans le cadre d'une consommation licite cette fois est celui de l'opération Nez Rouge, qui ne vise pas l'abstinence, mais la consommation responsable – tant qu'on ne prend pas le volant –.

2.2 L'accès à du matériel d'injection stérile

La mise en place de programmes de prévention pour contrer l'épidémie de VIH s'est entre autres traduite par un plus grand accès à des seringues stériles à partir de 1989. Pour contrer l'épidémie de VHC, ces programmes ont inclus la distribution dans des lieux ciblés de matériel d'injection stérile dès 2003. De tels programmes sont désormais mondialement reconnus pour limiter efficacement la transmission du VIH et ont obtenu, depuis 1998, l'aval de l'Ordre des pharmaciens du Québec et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Plusieurs études ont démontré l'efficacité des programmes d'accès à du matériel d'injection stérile (anciennement appelés programmes d'échange de seringues) dans la réduction de la transmission du VIH et dans l'adoption de comportements plus sécuritaires de la part des consommateurs (comme la diminution du partage de matériel d'injection). Ces programmes ont également facilité l'accès aux soins et aux traitements dont les personnes UDI peuvent avoir besoin.

Le réseau des centres d'accès à du matériel d'injection stérile (CAMI) est actif dans presque toutes les régions du Québec depuis 1994. Plusieurs des centres qui en font partie ne se contentent pas de fournir du matériel d'injection stérile aux personnes UDI, ils facilitent leur réinsertion sociale, leur offrent de l'information sur l'injection à risques réduits et leur donnent un accès à des services psychosociaux et à des services de dépistage des ITSS. Les résultats démontrent que les personnes UDI ayant eu recours à ces services ont réduit significativement le partage de matériel d'injection. Ajoutons que certains centres orientent les personnes vers les ressources susceptibles de leur venir en aide. On assiste d'ailleurs au Québec à une réduction de l'incidence du VIH les personnes UDI, bien que celle du VHC demeure élevée.

Parmi les 1 214 CAMI que comptait le Québec en 2013, on retrouvait dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux :

- 5 organismes communautaires spécialisés en prévention des ITSS auprès des personnes UDI (4 à Montréal, 1 à Laval et 1 à Québec) ;
- 74 organismes communautaires à clientèles et vocations multiples ;
- 72 hôpitaux, offrant souvent les services nécessaires dans leurs urgences ;
- 233 points de service dans les CLSC ;
- 776 pharmacies ;
- 54 autres centres, notamment des cliniques médicales et des centres de réadaptation en dépendances.

Les CAMI qui distribuent le plus de matériel d'injection sont les organismes communautaires avec 85 % de l'ensemble des seringues distribuées ; leurs services sont offerts dans des sites fixes ou dans les milieux de vie des personnes UDI.

Entre le 1er avril 2011 et le 31 mars 2012, les compilations statistiques du matériel distribué aux CAMI du Québec démontrent qu'au moins 2 153 900 seringues ont été distribuées de même que 1 387 035 ampoules d'eau et 1 136 086 *Stéricup*⁵. La moyenne de seringues distribuées pour chaque visite d'utilisateur enregistrée a été de 12,6.

Comme il s'administre beaucoup plus d'un million d'injections par année au Québec, le nombre de seringues distribuées n'est pas suffisant pour les besoins estimés. Il correspondrait en effet à une couverture d'environ 10 % de ceux-ci. En outre, bien que la réutilisation d'une même seringue par un seul utilisateur ne favorise pas la transmission des ITSS, elle donne lieu rapidement à d'autres types d'infections graves, comme des endocardites, ce qui est tout aussi préoccupant.

L'accès à des seringues stériles doit encore être amélioré au Québec. À titre d'exemple, la Colombie-Britannique, une province dont le nombre de personnes UDI est semblable à celui du Québec, distribue autour de 5,5 millions de seringues annuellement et l'Ontario en distribue 3 millions.

Les CAMI n'appliquent qu'une partie des mesures reconnues comme efficaces pour diminuer les ITSS, les personnes UDI devant quand même se trouver un endroit pour s'injecter. Lorsque cela se fait dans des toilettes publiques ou d'établissements privés, dans des parcs ou dans des ruelles, il en résulte des situations pouvant entraîner du désordre public. C'est en partie pour répondre à de telles situations que certains pays ont mis en place des services d'injection supervisée.

5. Chaque emballage *Stéricup*[®] contient un contenant métallique pour la dissolution et le chauffage de la drogue, un manchon pour le tenir lorsqu'il est chauffé, un tampon post-injection et un filtre.

2.3 Les moyens complémentaires

Depuis 1986, des services d'injection supervisée (SIS) sont offerts dans plusieurs pays afin de fournir des endroits sécuritaires pour l'injection. Actuellement, au Canada, deux organismes de Vancouver offrent un tel service depuis le début des années 2000. Il s'agit du Peter's Center et d'*INSITE*. Devant la détermination du gouvernement fédéral à vouloir fermer *INSITE*, cet organisme a dû se rendre jusqu'à la Cour suprême du Canada pour que soit renouvelée l'exemption qui lui permet d'offrir des services d'injection supervisée.

En septembre 2011, dans son jugement concernant ce centre, la Cour suprême a reconnu explicitement que :

- le service d'injection supervisée est un service de santé qui sauve des vies ;
- le gouvernement fédéral a toujours l'autorité d'exempter ou non ces services de l'application des dispositions criminelles de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances ;
- une telle exemption ne peut être accordée qu'à la suite de l'examen, par Santé Canada, du bien-fondé d'une demande spécifique.

Dans ce jugement concernant *INSITE*⁶, la Cour a aussi réaffirmé la prépondérance de l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés sur les dispositions de la Loi réglementant les drogues. Elle a alors insisté sur l'appréciation qui doit être faite de l'environnement légal qui entoure les personnes UDI. En basant son jugement sur la condition de « personnes souffrantes » plutôt que de « personnes criminelles » des personnes UDI, elle a indiqué comment on devait d'abord les considérer.

De fait, les intervenants des SIS ne fournissent pas de drogues à leurs clients et ne les aident pas à s'en administrer. Ils leur procurent du matériel stérile et un espace sécuritaire pour faire leur injection. Au besoin, des professionnels de la santé y offrent des conseils, des soins et, sur demande, les personnes UDI peuvent y être dirigées vers des services de traitement de la dépendance.

L'avis de pertinence de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), publié en 2009⁷, a conclu que les SIS permettent vraiment de rejoindre les populations vulnérables, de réduire la mortalité par surdose, de diminuer les risques de santé liés à

6. On pourra consulter un résumé du jugement de la Cour suprême à l'annexe 2.

7. Cet avis a été reproduit à l'annexe 3.

l'utilisation des drogues par injection, de contrer les nuisances dans les lieux publics et de stabiliser l'état de santé des personnes UDI.

De manière parallèle, des programmes de prescription d'opiacés injectables ont été évalués dans le cadre d'autres projets de recherche. Ces recherches ont démontré que ces programmes avaient des impacts positifs importants sur la santé et sur la diminution de la criminalité.

Le tableau 1 illustre comment la mise en place de services supplémentaires de réduction des méfaits produit des effets cumulatifs concrets lorsque s'ajoutent aux programmes d'accès à du matériel d'injection des services d'injection supervisée et la prescription d'opiacés injectables.

Le Programme national de santé publique du Québec prévoit la mise en place de SIS depuis 2003, mais la situation juridique d'INSITE a retardé celle-ci en raison du contexte légal à propos duquel s'interrogeait le gouvernement du Canada. Depuis le jugement de septembre 2011 de la Cour suprême, ce contexte a été clarifié et le ministre de la Santé et des Services sociaux a exprimé sa volonté d'implanter de tels services, particulièrement dans les régions de Montréal et de Québec. À ce sujet, le MSSS a rendu public en février 2013 un document intitulé [Balises pour les établissements de santé et de services sociaux et les organismes communautaires désirant offrir des services d'injection supervisée aux personnes qui font usage de drogues par injection.](#)

Tableau 1 : Tableau comparatif des effets liés à l'ajout de mesures de réduction des méfaits aux programmes d'accès à du matériel d'injection (Cloutier 2013)

	Accès à du matériel d'injection	Accès à du matériel d'injection et à des services d'injection supervisée	Accès à du matériel d'injection, à des services d'injection supervisée et à la prescription d'opiacés injectables
Caractéristiques	Les usagers ont accès à : <ul style="list-style-type: none"> ▪ du matériel d'injection stérile ▪ du counseling ▪ une orientation vers des services de réadaptation 	Les usagers ont accès à : <ul style="list-style-type: none"> ▪ du matériel d'injection stérile ▪ du counseling ▪ une orientation vers des services de réadaptation ▪ une supervision de l'injection 	Les usagers ont accès à : <ul style="list-style-type: none"> ▪ du matériel d'injection stérile ▪ du counseling ▪ des services de réadaptation ▪ une injection supervisée ▪ un traitement médical par opiacés
Effets	↓ partage de matériel	↓↓ partage de matériel	↓↓↓ partage de matériel
	↓VIH	↓↓VIH, ↓VHC	↓↓↓VIH, ↓↓VHC
	Injection dans des lieux publics =	↓↓ injection dans des lieux publics	↓↓injection dans des lieux publics
	↓seringues jetées dans des lieux publics	↓ ↓seringues jetées dans des lieux publics	↓↓seringues jetées dans des lieux publics
	Criminalité =	Criminalité =	↓ criminalité

Légende :

↓ : Diminution

↓↓ : Diminution plus marquée

↓↓↓ : Diminution importante

= Pas de changement

2.4 Les critères du ministère de la Santé et des Services sociaux encadrant l'offre de services d'injection supervisée au Québec

Le MSSS a établi les critères que devront respecter les centres de santé et de services sociaux (CSSS), les centres de réadaptation en dépendance (CRD) et les organismes communautaires qui désirent offrir des SIS en concertation.

Ces critères, qui s'inscrivent dans le cadre de la réponse globale du système de santé au regard de l'usage de drogues par injection, ont reçu l'accord du ministère de la Justice et du ministère de la Sécurité publique (MSP) en janvier 2013. Ce dernier a mentionné que ces critères respectent les conditions formulées par la Cour suprême afin de justifier une exemption des SIS à la loi et s'est dit satisfait qu'on y ait intégré des dispositions relatives à la sécurité publique, notamment à l'ordre public et à la criminalité, et qu'on y fasse état de la nécessité de parvenir à une plus grande collaboration avec les services de police. Dans une correspondance transmise au MSSS le 21 janvier 2013, le MSP a indiqué :

« [...] les SIS sont autorisés par les instances juridiques du pays et ils relèvent des autorités de santé publique ; il n'appartient donc pas aux corps de police de se prononcer en faveur de ces initiatives ou non. Advenant que les autorités municipales et de santé publique souhaitent l'implantation de SIS sur leur territoire, le rôle des corps de police consiste à les accompagner dans cette démarche en leur fournissant l'expertise en sécurité publique nécessaire à la planification et l'encadrement des services. Le mandat des corps policiers continue à s'exercer en matière de lutte aux drogues et à l'égard des personnes liées aux groupes criminalisés, et ce, incluant aux alentours des éventuels SIS si cela s'avère nécessaire (trafic de drogues ou toutes autres infractions aux lois et aux règlements). Les corps de police conservent l'obligation de répondre aux appels de service de la population qui peuvent concerner directement ou indirectement les usagers de ces sites. Les corps policiers prônent des approches concertées entre les partenaires où coexiste un équilibre entre la prévention, le traitement (et les soins), l'application de la loi et la réduction de certains méfaits. »

Par leur souplesse, de tels critères permettent d'ajuster les pratiques et visent à favoriser l'établissement d'ententes axées sur la collaboration entre les promoteurs des SIS et les services de police. En octobre 2013, le gouvernement du Canada a déposé le projet de loi C-2, appelée Loi sur le respect des collectivités, qui vise aussi à encadrer la démarche d'organismes souhaitant obtenir une exemption à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances.

3 Les enjeux liés à la consommation de drogues par injection relevant de la sécurité publique

La consommation de drogues par injection comporte également des enjeux sur le plan de la sécurité publique, non seulement pour les personnes UDI, mais aussi pour la population en général. Ces enjeux concernent principalement les contextes dans lesquels s'effectuent l'approvisionnement et la consommation des drogues, les effets de cette consommation sur le sentiment de sécurité des citoyens et, finalement, l'intervention policière qui donne suite au dépôt des plaintes.

3.1 L'achat et la consommation

Puisque la distribution et l'approvisionnement des drogues par injection (cocaïne, opiacés) se font à l'intérieur d'un système illicite, leur achat et leur consommation a lieu dans des contextes à haut risque de criminalité, où l'on peut avoir recours à l'intimidation et à la violence, autant du côté des revendeurs qu'auprès des consommateurs.

Dans les grands centres urbains, les risques de désordre entraînant une intervention policière sont multipliés lorsque plusieurs personnes UDI se retrouvent dans les mêmes lieux. Les grandes villes comme Vancouver, Toronto et Montréal connaissent des situations particulièrement difficiles lorsqu'il y a concentration des personnes UDI dans certains quartiers et parcs (flânage ou consommation) ou intersections (quête auprès des automobilistes/squeegees). Au Québec, plusieurs villes sont ainsi touchées.

Le comportement de la personne intoxiquée peut fréquemment entraîner des plaintes, particulièrement de la part des citoyens et des commerçants qui habitent ou font des affaires près des CAMI et peuvent de ce fait éprouver un sentiment d'insécurité. Les agissements de la personne intoxiquée peuvent aussi dégénérer en infractions criminelles ou pénales et provoquer des problèmes de sécurité nécessitant une intervention policière.

Pour favoriser le maintien de l'ordre public, les CAMI jouent aussi un rôle à l'extérieur comme à l'intérieur de leurs locaux, par exemple, en défendant l'accès de ceux-ci aux revendeurs et en interdisant le trafic devant leur porte.

3.2 Le sentiment de sécurité

La sécurité est considérée comme une absence de danger alors que le sentiment de sécurité est plutôt perçu comme un état dans lequel les citoyens se sentent confiants et estiment que les risques qu'ils courent sont réduits au minimum.

Le sentiment de sécurité suppose que l'on se sent à l'abri du danger et, à cet égard, les perceptions jouent un rôle de premier plan. Les préjugés à l'égard des personnes UDI sont tenaces : elles sont souvent perçues comme des criminelles plutôt que comme des personnes dont la condition nécessite des soins de santé.

Selon un sondage SOM réalisé en mai 2010 pour le compte du MSSS, la moitié de la population associe les personnes UDI à un certain facteur de risque, de danger. La perception qu'on a des soins apportés aux personnes UDI, notamment au regard de la réduction des méfaits associés à leur consommation, diffère selon la perception qu'a le citoyen des personnes UDI. Plus elles sont perçues de façon positive et humaine (comme des personnes ayant un problème de santé et qui ont besoin d'aide), plus les mesures de réduction des méfaits sont acceptées. De façon générale, la majorité des citoyens jugent acceptable l'implantation de mesures comme l'accès à du matériel d'injection et les services d'injection supervisée. Par contre, lorsqu'il est question d'implanter de telles mesures dans leur voisinage immédiat, ils se montrent plus réticents.

3.3 L'action policière

Lorsque les citoyens ne se sentent pas en sécurité ou sont témoins de comportements qui dérangent ou qui ne respectent pas les normes socialement établies, ils font fréquemment appel à la police. Si une plainte est formulée, les policiers doivent alors intervenir dans un délai raisonnable.

Comme les policiers sont tenus d'appliquer uniformément et équitablement les lois, quels que soient les citoyens en cause, leurs interventions peuvent donner lieu à des avertissements, à des ordres de circuler, à des demandes ayant pour but de faire cesser un comportement particulier (bruit, quête, etc.). Dans certaines situations, des constats d'infraction sont produits et, dans le cas d'infractions graves, des arrestations sont effectuées.

Pour chaque plainte déposée, les policiers doivent rendre compte des actions qu'ils ont menées. Que la menace ait été réelle ou uniquement perçue, la plainte de citoyens déclenche automatiquement une intervention policière.

Les policiers ont recours à des actions préventives et à des actions répressives, souvent en complémentarité. Lorsqu'ils sont témoins d'un délit ou croient être en présence d'une personne qui vient d'en commettre un, ils doivent recueillir tout élément susceptible de constituer une preuve concernant ce délit, notamment en procédant à une saisie lorsque les circonstances l'exigent.

Pour que les interventions policières puissent se dérouler de manière sécuritaire, certaines conditions s'imposent, notamment au regard des personnes qui observent l'événement, qui doivent rester à l'écart et ne faire aucune obstruction au travail policier par de l'intimidation ou par des interventions verbales agressives.

Lorsqu'ils ont à intervenir dans des situations liées à la consommation de drogues et ou à la toxicomanie, les policiers doivent faire preuve à la fois d'efficacité et d'empathie et se retrouvent souvent devant un dilemme qui peut les pousser à ne pas agir ou à agir de façon trop intensive.

Les policiers sont conscients des limites de leurs interventions et reconnaissent la pertinence de la complémentarité des actions de l'ensemble des acteurs concernés pour que soit assurée une prise en charge appropriée des UDI.

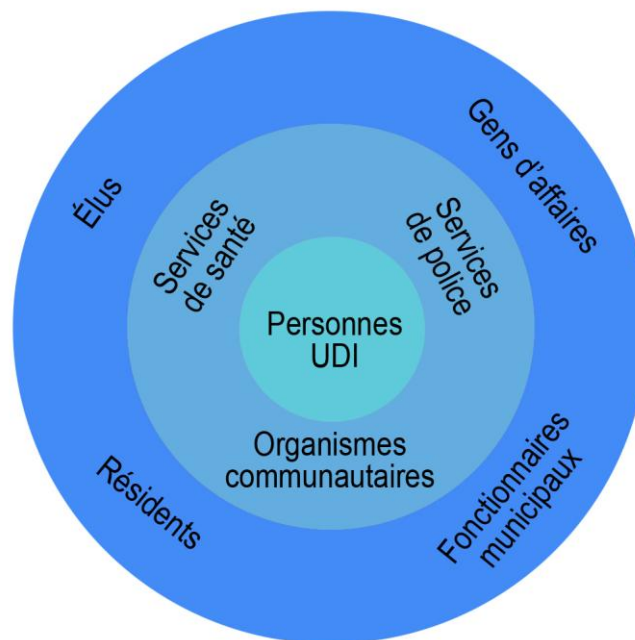
4 Les principaux acteurs gravitant autour des personnes utilisatrices de drogues par injection

Bien qu'ils puissent être des alliés, les acteurs qui gravitent autour des personnes UDI peuvent également constituer des obstacles au partenariat.

Parmi les acteurs qui gravitent autour des personnes UDI, trois groupes ont l'obligation d'intervenir : les professionnels des services de santé, les policiers et le personnel des organismes communautaires. Ces intervenants répondent à des missions spécifiques qui les mettent en rapport avec l'ensemble de la population.

La figure 3 illustre la position particulière que ces principaux acteurs occupent entre les personnes UDI et les résidents des quartiers touchés par la présence de celles-ci, les gens d'affaires, les fonctionnaires municipaux et les élus. De fait, ces acteurs périphériques exercent souvent une pression sur eux pour qu'ils règlent des situations jugées dérangeantes ou dangereuses sur le plan de la santé et de la sécurité.

Figure 3 : Cartographie des principaux acteurs et des acteurs périphériques



Cette figure permet aussi de constater la pluralité des acteurs touchés de près ou de loin par la consommation des drogues par injection. Elle met en lumière le rôle stratégique des intervenants des secteurs de la santé et de la sécurité publiques, qui doivent au minimum se concerter et, en vue d'obtenir un résultat optimal, tenir compte des intérêts et des besoins de l'ensemble des acteurs.

4.1 Les personnes utilisatrices de drogues par injection

En 1996, on a estimé que le Québec comptait plus de 23 000 personnes UDI dont la moitié vivait à Montréal. On a constaté une diminution importante de ce nombre à Montréal en 2012 où la taille de cette population a été estimée à près de 4 000. Plusieurs sources permettent d'observer que les trois quarts des personnes UDI sont des hommes dont l'âge moyen est de 34 ans. Ces personnes vivent dans des conditions variables de dépendance et d'intoxication qui peuvent entraîner des conséquences graves sur le plan de la santé et de la sécurité.

Souvent perçues comme désorganisées, certaines personnes UDI ont quand même réussi à se regrouper pour témoigner de leurs besoins en matière de santé et revendiquer le respect de leurs droits, tout en demeurant conscientes qu'elles ont aussi des responsabilités sociales, comme tout citoyen. L'Association québécoise de promotion de la santé des usagers de drogues (AQPSUD), qui les représente, a été formellement reconnue par le MSSS en 2012. Cette association sensibilise la population et les décideurs aux conditions de vie des personnes UDI et agit aussi à titre de porte-parole de leurs revendications, notamment lorsqu'il s'agit de faire valoir leurs droits.

Les personnes UDI sont aussi souvent en contact avec des membres de leur famille et des amis qui peuvent leur apporter un soutien moral, un appui financier ou autre, de l'assistance en cas de crise et du secours, au besoin.

Par nécessité, elles entretiennent par contre des rapports avec le système d'approvisionnement en drogues, incluant le milieu criminel. Dans un contexte où le risque de criminalité est élevé, l'intimidation et la violence sont monnaie courante et peuvent avoir des conséquences importantes sur la qualité de vie des personnes UDI.

Pour continuer à se procurer de la drogue, certaines personnes UDI n'auront d'autre choix que de se prostituer. Elles éprouveront alors des difficultés supplémentaires auxquelles s'ajoutera, dans certains cas, le manquement à différents règlements, comme celui qui impose aux travailleurs du sexe d'exercer leurs activités à l'intérieur de certains quadrilatères.

4.2 Les services de santé

Depuis 2003, les services de santé québécois sont organisés en fonction de trois paliers :

- Le palier national, qui correspond au ministère de la Santé et des Services sociaux, dont le mandat est d'établir les orientations en matière de politiques sociosanitaires et d'en évaluer les résultats.
- Le palier régional, constitué des agences de la santé et des services sociaux, qui sont responsables de l'organisation des services sur leur territoire respectif. C'est dans ces agences que l'on retrouve les directions de santé publique.
- Le palier local, qui comprend les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, qui regroupent l'ensemble des partenaires locaux afin qu'ils partagent collectivement les responsabilités relatives à la santé et au bien-être de la population.

Au palier local, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) regroupent les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et certains centres hospitaliers. Par ailleurs, certains établissements ont aussi un mandat régional. C'est le cas notamment des centres de réadaptation (déficience physique, déficience intellectuelle ou troubles envahissants du développement, dépendances) et des centres de protection de l'enfance et de la jeunesse.

Les CSSS ont la responsabilité d'offrir des services à la population, de coordonner les services de leur territoire et de gérer les activités de leur réseau local de services, qui inclut les organismes communautaires avec lesquels des ententes de services sont convenues, les médecins de famille, les cliniques (privées, conventionnées, groupe de médecine familiale) et les pharmacies communautaires.

Le fonctionnement de cette structure est également facilité par une hiérarchisation des services en trois niveaux : la première, la deuxième et la troisième ligne. Le CSSS a ici la responsabilité de s'assurer que les services offerts sur son territoire répondent aux standards établis et de s'assurer qu'ils sont offerts, à chacun des trois niveaux, en fonction de critères précis d'accessibilité, de qualité, de continuité, d'efficacité et d'efficience.

Au regard des ITSS, le Programme national de santé publique 2003-2012 définit les activités de la première ligne comme étant :

- les pratiques cliniques préventives (notamment le dépistage, la vaccination et l'intervention préventive auprès des partenaires sexuels ou de consommation de drogues) ;
- la mise en place de programmes visant la réduction des méfaits causés par la consommation de drogues par injection (CAMI, services de dépistage et de prévention, services d'injection supervisée);
- la prévention du passage à l'injection.

En ce qui concerne les services publics offerts aux personnes souffrant d'une dépendance, les *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience* du MSSS précisent les orientations et les responsabilités des CSSS, des centres de réadaptation pour personnes ayant une dépendance (CRD) et de certains centres hospitaliers (CH) en fonction des services psychosociaux et de certains services médicaux destinés aux personnes à risque ou des problèmes d'abus et de dépendance (alcool, drogues, jeux de hasard et d'argent. Par ailleurs, les services offerts aux personnes dépendantes prévoient la mise en place de mécanismes de coordination auprès des partenaires des réseaux publics, privés et communautaires appelés à collaborer dans l'application du projet clinique destiné aux personnes dépendantes, que ce soit au palier régional ou local.

À cet égard, les CSSS sont responsables :

- de la détection des problèmes et de l'orientation de la personne vers les services appropriés ;
- de l'intervention précoce en vue de prévenir l'aggravation de la situation ;
- du suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé ;
- du suivi psychosocial et médical avec soutien aux personnes recevant des traitements de substitution (buprénorphine et méthadone) ;
- de la désintoxication effectuée à l'extérieur du milieu hospitalier, sans soins intensifs ;
- de la désintoxication en milieu hospitalier.

Les services spécialisés de réadaptation sont sous la responsabilité des CRD. Les services offerts en CRD sont les suivants :

- un programme régional d'évaluation spécialisée ;

- des services de réadaptation, à l'intérieur et à l'extérieur des CRD, incluant les traitements de substitution ;
- des services de désintoxication intensive à l'extérieur du CRD ;
- des services de désintoxication avec hébergement dans un CRD ;
- du soutien à l'entourage de la personne traitée ;
- des services de réinsertion sociale.

4.3 Les organismes communautaires

Le réseau communautaire joue un rôle primordial dans les services de proximité offerts aux communautés marginalisées, entre autres aux personnes UDI, aux personnes itinérantes et aux personnes vivant en marge de la société. À cet égard, les groupes communautaires qui donnent accès à du matériel d'injection font beaucoup plus : éducation sur l'injection à risques réduits, services d'information-éducation, d'écoute et de soutien psychosocial et orientation vers d'autres services.

La présence du réseau communautaire dans les différents milieux visés et sa capacité à adapter ses services aux besoins de la personne en font un allié incontournable du réseau public.

À l'instar de tous les groupes communautaires dont l'activité principale est liée à la santé et aux services sociaux, ceux qui donnent accès à du matériel d'injection jouissent d'une certaine autonomie pour définir leurs actions, à l'intérieur des balises définies par le MSSS et dans le respect de la loi qui les encadre.

Les rapports des groupes communautaires avec l'État et le réseau public de soins ont beaucoup évolué depuis les années 70, passant de la marginalité au partenariat. À l'origine, ils se sont substitués à une intervention publique défaillante, notamment par la création de cliniques populaires.

S'ils ont souvent pour vocation de combler les lacunes de l'intervention publique (particulièrement auprès des plus démunis et dans des actions visant la réinsertion sociale), ils participent depuis 1991 à la mise en œuvre nationale et locale des services publics de soins. Ils offrent sur le terrain des services et des soins aux personnes UDI.

Comme on peut le constater, il existe une large gamme de services en ce qui a trait à la prévention et aux traitements destinés aux personnes qui font usage de drogues par injection.

4.4 Les services de police

Au Québec, les trois ordres de gouvernement (fédéral, provincial, municipal) disposent de leur propre service de police : la Gendarmerie royale du Canada, la Sûreté du Québec et les services policiers municipaux. Quant aux services de police autochtones, ils sont généralement constitués sur la base d'ententes tripartites entre un conseil de bande, le gouvernement du Québec et le gouvernement du Canada. Alors que tous ces services appliquent les dispositions du Code criminel :

- la Gendarmerie royale du Canada se concentre sur les enquêtes liées à la sécurité nationale et à la criminalité interprovinciale et transfrontalière ;
- la Sûreté du Québec assure une couverture policière à l'échelle de la province, coordonne des opérations d'envergure, offre un soutien aux services policiers municipaux et autochtones, contribue à l'intégrité des institutions étatiques et assure la sécurité des réseaux de transport québécois ;
- les services policiers municipaux (y compris la Sûreté du Québec lorsqu'elle agit à ce titre) sont responsables de l'application des lois provinciales et des règlements municipaux, dans le cadre de la mission des services de police ;
- les services policiers autochtones sont responsables de l'application des lois et règlements applicables sur leur territoire dans le cadre de la mission des services de police.

Les problèmes auxquels sont confrontés ces services policiers varient selon les milieux. Les réponses qu'ils y apportent diffèrent en conséquence. Dans le respect des droits et des différences culturelles, la mission de la police consiste :

- à maintenir la paix, l'ordre et la sécurité publique ;
- à prévenir et à réprimer le crime et, selon la compétence des services concernés, les infractions aux lois et aux règlements qui sont sous la responsabilité des autorités municipales et à en rechercher les auteurs ;
- à assurer la sécurité des personnes et des biens, à sauvegarder les droits et les libertés, à respecter les victimes, à demeurer attentive à leurs besoins et à coopérer avec la communauté dans le respect du pluralisme culturel ;
- à favoriser, dans sa composition, une représentativité adéquate du milieu qu'elle dessert.

Les policiers se préoccupent du service aux citoyens et du soutien à apporter aux victimes d'actes criminels. Pour ce faire, ils cherchent à établir des partenariats et appliquent une approche basée sur la résolution des problèmes.

Les interventions policières s'effectuent souvent en réponse à une plainte, mais aussi à l'initiative des policiers, pour porter assistance à une personne en difficulté ou à la suite de la constatation d'actes répréhensibles.

L'autorité dont disposent le gouvernement et les municipalités sur les services de police ne s'applique pas dans le domaine opérationnel. Selon un arrêt de la *common law* britannique prononcé en 1968 par lord Denning, les policiers doivent demeurer à l'abri de toute ingérence en ce qui concerne l'application de la loi. Malgré cela, l'action policière peut être orientée par les politiques publiques en matière de sécurité qui sont définies par les différents paliers de gouvernement.

Ainsi qu'on le mentionne sur le site du Directeur des poursuites criminelles et pénales du Québec, ce sont les procureurs qui agissent comme poursuivants dans les affaires découlant de l'application du Code criminel et de toute autre loi fédérale ou règle de droit. La décision d'autoriser une poursuite exige qu'ils tiennent compte, pour chaque cas d'espèce, des multiples intérêts en présence, notamment en prenant conseil auprès des policiers qui ont fait la constatation du crime ou du délit et en consultant le dossier qu'ils ont constitué.

À l'issue du procès, le tribunal peut acquitter ou sanctionner le ou les accusés. Dans certains cas, la sanction se traduira par une peine d'emprisonnement. Ce sont les établissements de détention qui prendront alors le relais. Ces établissements ont la responsabilité de mettre en place des programmes à l'intention des personnes contrevenantes et d'assurer leur réhabilitation.

4.5 Les résidents, les gens d'affaires, les fonctionnaires municipaux et les élus

Certains acteurs périphériques qui côtoient des personnes UDI se préoccupent de leur sécurité.

Les citoyens résidant près des lieux où se rassemblent les personnes UDI peuvent faciliter ou nuire aux actions des établissements de santé et de services sociaux, des organismes communautaires et des services policiers. Ces acteurs, ainsi que les fonctionnaires municipaux qui sont appelés à offrir certains services aux personnes UDI, souhaitent souvent que la police intervienne pour faire cesser le désordre public occasionné par la présence de personnes UDI.

De leur côté, les gens d'affaires peuvent s'inquiéter pour la rentabilité de leur entreprise et craindre que leur clientèle régulière et touristique soit interpellée par des personnes UDI et cherche de ce fait à éviter de circuler dans les lieux où ces personnes se tiennent.

Les résidents et les gens d'affaires de chaque territoire sont représentés par des élus – municipaux, provinciaux et fédéraux. Ils peuvent s'adresser à eux pour toute question relevant de leur compétence. Dans certains cas, ces élus interviennent directement auprès des acteurs du domaine de la santé ou de la sécurité dans le but de solliciter leur collaboration. En réaction aux pressions qui leur sont faites, les élus peuvent aussi agir en modifiant les lois et les règlements provinciaux ou fédéraux ainsi que les règlements municipaux.

Même si plusieurs acteurs différents gravitent autour des personnes UDI, les premiers intervenants qui ont avantage à se concerter sont les acteurs du domaine de la santé, dont les organismes communautaires, et les intervenants du secteur de la sécurité publique.

5 Les obstacles à la concertation

Les autorités municipales et les services policiers réagissent à des préoccupations liées à la sécurité et à l'ordre public tandis que le secteur de la santé intervient dans les domaines de la prévention, du traitement et des soins. Ces deux secteurs fournissent des services aux citoyens, mais ils répondent également à des demandes qui peuvent avoir des portées contradictoires et constituer des entraves à l'action efficace de l'un et de l'autre.

Comme cela a été précisé dans l'introduction, les intervenants de plusieurs régions n'éprouvent pas de problèmes majeurs à arrimer leurs interventions auprès des personnes UDI. Toutefois, cet arrimage étant préoccupant à certains endroits, il importe de bien identifier les obstacles à la concertation si l'on veut les aplanir.

5.1 Les situations engendrant de l'incompréhension

Dans la gestion des interventions auprès des personnes UDI, les principaux moments où l'on observe de l'incohérence découlent des situations suivantes :

- 1) lorsqu'il y a une présence policière aux abords des CAMI ;
- 2) lorsque des contraventions sont données, lorsque des arrestations sont effectuées et lorsqu'il y a saisie de matériel d'injection ;
- 3) lorsque des interventions policières sont effectuées dans les CAMI ;
- 4) lorsqu'il y a prise en charge de personnes intoxiquées et désorganisées ;
- 5) lorsqu'il y a distribution des seringues, lorsque des seringues sont jetées dans des lieux publics et lorsqu'il s'agit de procéder à la récupération des seringues ;
- 6) lorsqu'il y a concentration de personnes UDI dans des endroits publics et lorsque les injections se font en public ;
- 7) lorsque la gestion des informations nominatives et leur partage entre les intervenants concernés ne sont pas adéquats.

Les situations engendrant de l'incompréhension de part et d'autre tirent leur origine des cultures différentes du secteur de la santé et du secteur de la sécurité publique, qui découlent de responsabilités, de missions, de lois et de rôles différents. Elles seront décrites en détail plus loin.

5.2 Des missions différentes

Le **ministère de la Santé et des Services sociaux** a pour mission de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois, notamment à l'aide de traitements médicaux et infirmiers appropriés et grâce à un réseau qui rend accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés et de qualité.

Dans cette perspective, la mission des intervenants du secteur de la santé consiste à faire la promotion de la santé, à prévenir les maladies et à assurer les soins nécessaires auprès de la population.

Le MSSS compte sur le réseau de la santé pour mettre en vigueur ses orientations : les agences régionales de santé et de services sociaux, les centres de santé et de services sociaux et les organismes communautaires. Le Programme national de santé publique et l'Offre de services en dépendance précisent quelles sont les activités qui doivent être offertes aux personnes qui font usage de drogues par injection et qui ont des problèmes de santé et de bien-être.

De son côté, le **ministère de la Sécurité publique** a pour mission d'assurer la sécurité publique en diminuant les dangers auxquels peuvent être exposés les Québécois et les Québécoises, notamment en ce qui a trait aux risques liés à la criminalité et aux sinistres. Ainsi, le MSP compte sur la collaboration de divers partenaires, dont les services d'incendie, les municipalités, les organismes communautaires et, bien entendu, les services de police, incluant la Sûreté du Québec et les organismes qui relèvent du ministre de la Sécurité publique.

Le MSP élabore les orientations stratégiques et les politiques en matière d'organisation et de pratiques policières. Il favorise la promotion et la coordination de l'action policière avec celle du milieu de la prévention, assure un leadership en matière de lutte contre le crime organisé et veille à l'application des lois relatives au milieu policier.

Les missions différentes, mais complémentaires, du secteur de la santé et du secteur de la sécurité publique sont à la source de différences culturelles chez les intervenants des deux secteurs et peuvent avoir des conséquences sur leurs perceptions et leurs façons de prioriser les interventions.

5.3 Les obligations légales

Le secteur de la santé et des services sociaux et le secteur de la sécurité publique partagent des obligations légales communes, particulièrement au regard de l'application :

- des chartes des droits et libertés ;
- de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui ;
- de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances.

De plus, des conditions très strictes de protection des renseignements personnels et d'accès limité à des informations nominatives ou névralgiques s'appliquent aux intervenants des établissements de santé et de services sociaux (p. ex. : entre infirmières de CLSC et d'hôpital) et à ceux des organismes communautaires. Parmi celles-ci, un consentement écrit, qui précise la nature et la portée de l'information qui peut être divulguée, doit être signé par chaque patient recevant des soins. *A contrario*, dans le cadre d'une intervention policière, de telles précautions sont sans objet, les services policiers partageant entre eux l'information relative à la sécurité publique ou l'information de nature criminelle dont ils disposent.

Tous sont cependant soumis à des règles de confidentialité lorsque vient le temps de rendre publics les renseignements qu'ils détiennent.

Par ailleurs, dans le cadre de leurs activités professionnelles, les intervenants de la santé sont aussi soumis à d'autres lois québécoises dont :

- la Loi sur les services de santé et les services sociaux ;
- la Loi sur la santé publique ;
- la Loi sur l'assurance-hospitalisation ;
- la Loi sur l'assurance maladie ;
- la Loi sur l'assurance médicaments ;
- la Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être ;
- la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux ;
- la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence.

De leur côté, les policiers sont responsables de l'application :

- du Code criminel et des différentes lois qui en découlent ;
- des lois provinciales ;
- des règlements municipaux ou des règlements applicables sur leur territoire ou dans le cadre de leur mission de service de police.

Une série de lois vise à protéger la santé de la population et une autre, l'ordre public. On peut constater que le cadre législatif entourant les actions du secteur de la santé et celles du secteur de la sécurité publique est complexe et que l'application de l'ensemble des lois représente un défi si l'on veut assurer la cohérence des interventions, de même qu'elle peut susciter de l'incompréhension de part et d'autre et donner lieu à des situations incohérentes.

6 Les assises de la concertation et ses effets

L'intervention concertée à laquelle le MSSS et le MSP souhaitent en arriver repose sur deux assises : des principes directeurs qui reconnaissent clairement les conditions des personnes UDI, et des objectifs généraux dont l'atteinte est mesurable.

Elle prend également appui sur les canaux de concertation qui doivent être mis en place et sur les effets qu'on attend d'une telle mise en place.

6.1 Les principes directeurs

Considérant que :

- le bon fonctionnement de la société repose sur le **respect des lois et des règlements** qui encadrent la vie publique ;
- l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés précise ce qui suit : « Chacun a **droit à la vie**, à la liberté et à la sécurité de sa personne ; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale » ;
- le contrôle des risques d'épidémie de VIH et de VHC exige que l'on trouve des **solutions novatrices** en vue d'aider les personnes qui font usage de drogues, peu importe leur degré de dépendance et non seulement à l'étape ultime où ils renoncent définitivement aux drogues ;

les principes directeurs suivants ont été retenus aux fins d'une intervention véritablement concertée auprès des personnes UDI :

- les personnes UDI sont des **citoyens à part entière** qui ont droit à des services complets de prévention et de traitement, sans discrimination et dans le respect de leur dignité ;
- la toxicomanie est un **problème de santé** avant d'être un problème de sécurité publique ;
- la consommation de drogues est un facteur qui agit sur le **taux de criminalité** ;
- les programmes de prévention des ITSS ont un rôle important à jouer dans le développement **d'attitudes et de comportements sociaux responsables de la part** des personnes UDI ;
- les services de police doivent assurer la sécurité et la qualité de vie de tous les individus, **incluant les plus vulnérables** ;

- les milieux de la santé et les services de police se considèrent comme des **partenaires** dont les **interventions** contribuent au respect des droits et responsabilités des citoyens, ce qui inclut des interventions de nature préventive et corrective ;
- dans le but d'adopter une approche globale, les actions concertées mettant à contribution différents partenaires sont encouragées afin d'offrir des services aux personnes UDI dans un **contexte sain et sécuritaire** pour elles et pour la population, tout en respectant les missions respectives des partenaires concernés.

6.2 Les objectifs généraux

Les objectifs généraux suivants doivent être poursuivis en vue de parvenir à une meilleure concertation des interventions :

- **lever les entraves** à la lutte contre l'épidémie du VIH et du VHC auprès des personnes UDI ; *l'atteinte de cet objectif se mesurera par la diminution de la propagation de ces infections au sein de cette population cible ;*
- **rassurer la population**, particulièrement les personnes habitant près des CAMI ou des lieux où se rassemblent les personnes UDI ainsi que les commerçants faisant affaire dans ces secteurs ; *l'atteinte de cet objectif se mesurera par la diminution du nombre de plaintes formulées ;*
- **donner une image plus cohérente** des actions entreprises par les différents acteurs publics ; *l'atteinte de cet objectif se mesurera⁸ en fonction du nombre d'activités concertées, de l'amélioration de la synchronisation des interventions, de la bonne entente et du respect mutuel démontré.*

6.3 Les canaux de concertation à mettre en place

Pour assurer des prises en charge régionales et locales fructueuses et durables, des canaux de concertation doivent être mis en place partout où la consommation de drogues par injection pose problème.

Sur le plan **national**, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Sécurité publique ont déjà commencé la réalisation d'un plan d'action interministériel.

8. Les indicateurs à cet effet peuvent notamment provenir d'enquêtes, de sondages et de groupes de discussion. Ils peuvent aussi être tirés des écarts constatés dans la fréquence des situations générant de l'incompréhension.

Sur le plan **régional**, les relations entre les directions de santé publique et les gestionnaires des services de police municipaux permettent d'établir des ententes globales et peuvent même donner lieu à des politiques publiques⁹. La concertation de ces acteurs favorise l'identification des problèmes, la sensibilisation des intervenants, leur participation et leur mobilisation.

À ce titre, les ententes de collaboration assurent notamment :

- le réseautage et la participation soutenue des différents groupes d'acteurs concernés ;
- la prise en compte éclairée des risques associés à la consommation de drogues par injection au niveau local ou régional ;
- le suivi des interventions et des résultats que ces interventions génèrent.

Sur le plan **local**, des ententes peuvent se concrétiser entre les organismes communautaires et les services de police. Les CSSS, qui exercent une responsabilité populationnelle conjointement avec leurs partenaires locaux, peuvent faciliter de telles ententes. En établissant et en mettant en œuvre leur plan d'action local en matière de santé publique, les CSSS répondent à cette responsabilité. Ils travaillent ainsi en partenariat avec les ressources de leur territoire, tels les organismes communautaires, en concertation avec les collectivités locales, notamment les groupes de citoyens, ainsi qu'avec des partenaires intersectoriels, comme les milieux scolaire et municipal. Ils peuvent assurer l'interface avec les groupes communautaires et les représentants des services de police. Les ententes locales portent spécifiquement sur les aspects qui posent le plus problème localement – la présence de personnes UDI dans les parcs, les seringues jetées dans des lieux publics, etc. – et qui varient selon les cas. Les groupes communautaires peuvent aussi établir des liens directs avec les représentants des postes de police de leur territoire ou consolider les liens qu'ils entretiennent déjà avec eux.

6.4 Les pratiques de partenariat

Le partenariat repose non seulement sur la communication, mais aussi sur l'adaptation, la négociation et la résolution des conflits au fur et à mesure qu'ils se produisent. De

9. La politique du Service de police de la Ville de Vancouver est un bon exemple de politique publique visant une meilleure cohérence des actions ; on peut la consulter à l'annexe 4.

telles pratiques peuvent être développées dans le cadre d'actions locales et régionales¹⁰ et soutenues par des ententes formelles de concertation.

La communication

Partout dans le monde, le partenariat est aujourd'hui considéré comme la meilleure stratégie pour faire face aux problèmes complexes que les approches compartimentées ne peuvent résoudre adéquatement.

Le partenariat repose avant tout sur la communication. Comme c'est souvent l'accumulation de perceptions fausses qui nuit à la collaboration et à la concertation, il est essentiel que les choses soient bien comprises lorsqu'il s'agit de se concerter.

La communication permet aux personnes avec lesquelles on collabore de savoir ce que l'on pense, ce que l'on veut faire et ce que l'on souhaite qu'elles fassent. Elle exige les aptitudes suivantes :

- savoir écouter ;
- savoir poser les bonnes questions ;
- être capable de transmettre clairement un message ;
- être capable de déceler les messages corporels (langage non verbal) ;
- être capable de défendre une position ;
- savoir établir un lien de confiance avec ses partenaires.

De fait, sans lien de confiance, toute communication véritable est impossible ; un tel lien se bâtit à travers :

- la cohérence et la continuité des interventions ;
- la coopération dans les moments cruciaux ;
- la volonté réciproque de travailler en collaboration.

L'adaptation

Le partenariat exige aussi que l'on sache s'adapter puisqu'on ne contrôle pas tout lorsqu'on partage des responsabilités. Cela implique :

- que l'on soit disposé à changer certaines attitudes et certains comportements ;

10. Des exemples d'expériences québécoises de collaboration et de concertation sont donnés à l'annexe 5.

- que l'on sache que les changements occasionnent du stress ;
- que l'on soit flexible, c'est-à-dire que l'on sache faire des compromis quand il le faut ;
- que l'on n'essaie pas de tout contrôler.

La négociation

Savoir négocier consiste à être capable de franchir honnêtement la série d'étapes suivantes :

- décrire un problème calmement et clairement ;
- définir le résultat attendu en étant juste et précis ;
- laisser l'autre exprimer ses attentes et les respecter ;
- trouver ensemble une solution qui soit favorable aux deux parties.

La résolution des conflits

Quand on réunit plusieurs personnes ayant des valeurs, des expériences et des points de vue variés, les différences abondent. Ces différences peuvent enrichir les échanges tant et aussi longtemps que les conflits et les tensions qui risquent de se manifester sont résolus.

Il est important de comprendre la nature des conflits pour pouvoir les aborder efficacement. Le fait de les reconnaître est le premier pas pour parvenir à leur résolution. Le deuxième consiste à être conscient de sa propre façon de réagir et de ses attitudes vis-à-vis du conflit et de ses causes.

Pour résoudre des conflits, il est bon également de se rappeler que :

- derrière des positions incompatibles se trouvent des intérêts compatibles ;
- chaque partie a habituellement quelque chose de valable à dire ;
- les problèmes s'amplifient lorsqu'il n'y a plus de dialogue ;
- la plupart des gens privilégient une méthode ou un style particulier dans leur façon d'aborder les conflits. Dans certains cas, ce style convient à la situation, mais dans d'autres, pas du tout. Il faut alors se retirer et laisser intervenir quelqu'un d'autre pour résoudre le conflit ;

- il faut prévoir des mécanismes de résolution de conflits (négociation, conciliation, médiation) qui soient adaptés à l'échelle nationale, régionale et locale.

6.5 Les effets de la concertation

Les ententes de concertation ont pour effet de créer une dynamique qui mène au partage des valeurs et à l'émergence de visions communes et qui, à moyen terme, peut entraîner des changements d'attitude et des améliorations dans le processus du travail concerté.

Regroupant des personnes qui, au départ, ont des perceptions opposées, voire conflictuelles, ces ententes de concertation donnent lieu à des complicités en mobilisant les acteurs autour de problèmes et d'enjeux locaux¹¹.

En prônant explicitement la concertation, on peut attirer les acteurs reconnus pour leur implication sociale, habitués à chercher des compromis et à travailler en comités mixtes. Ces acteurs définissent l'identité locale, l'inscrivent dans des projets réalistes et rassembleurs et créent des réseaux locaux.

Parce qu'elles sont composées de représentants de tous les groupes intéressés, y compris de gens d'affaires, les instances locales favorisent une synergie par la mise en place de conditions gagnantes. Enfin, même si elles ne réalisent pas d'actions concrètes ou le font rarement, elles ont un rôle à jouer dans la détermination des orientations et la planification de leur mise en œuvre, notamment au regard de la mobilisation des acteurs concernés.

Afin de favoriser une meilleure cohérence de l'intervention, des orientations favorisant la concertation entre les secteurs de la santé et de la sécurité publique devraient être transmises par leur organisation aux intervenants travaillant sur le terrain.

11. Le groupe de travail suisse CoP (Coopération entre la police et les services sociaux en matière de drogues et de sida) est un bon exemple de concertation des professionnels de la santé et de la sécurité publique en matière de lutte aux ITSS. Pour en savoir plus à cet égard, on peut consulter le site suivant : [\[http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00624/00625/00790/index.html?lang=fr\]](http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00624/00625/00790/index.html?lang=fr).

7 Vers une meilleure cohérence des interventions

Les situations engendrant de l'incompréhension énumérées précédemment font ici l'objet d'une analyse plus poussée de manière à souligner les visions divergentes d'une même réalité que présentent une bonne partie des individus qui composent chacun des groupes d'intervenants suivants : les services policiers, les organismes communautaires et les établissements de santé et de services sociaux contribuant à la prévention des ITSS. Cette mise en évidence des situations engendrant de l'incompréhension de part et d'autre permet de faire ressortir les convictions que l'ensemble des intervenants partage. Elle insiste sur les attitudes à adopter et sur les actions nécessaires ou souhaitables pour assurer une meilleure cohérence des interventions.

La démarche d'analyse des situations d'incompréhension, mentionnées à la page 36, a été faite en divisant le tout en quatre sections et dont le contenu peut être défini comme suit :

- *Les visions différentes* : cette section regroupe les perceptions des divers acteurs concernés, autrement dit, leur manière de voir les choses ; ces visions sont partagées par la majorité des individus qui composent chacun des groupes identifiés.
- *Les convictions partagées* : cette section fait état des certitudes qui font l'unanimité dans tous les groupes.
- *Ce qu'il faut savoir* : ont été réunies dans cette section les prémisses incontournables pour qui veut bien comprendre les situations visées.
- *Recommandations pour parvenir à une meilleure cohérence des interventions* : on trouve dans cette section les conseils formulés à partir de l'expérience des membres du comité chargé de la rédaction du présent document, de même que les conclusions tirées de la documentation consultée.

Voyons maintenant l'analyse des sept situations engendrant de l'incompréhension.

7.1 La présence policière aux abords des centres d'accès à du matériel d'injection

La présence policière – qui s'explique par de nombreux facteurs : effervescence des centres-villes, plaintes formulées par les citoyens, comportements parfois perturbateurs des personnes UDI, etc. – peut avoir un impact sur la fréquentation des CAMI.

<i>Les visions différentes</i>		
Intervenants des organismes communautaires/ travailleurs de rue	Intervenants des établissements de SSS en prévention des ITSS	Policiers
La présence policière peut décourager la fréquentation des CAMI.	L'accès aux soins de santé doit être facilité.	Les CAMI se trouvent dans des secteurs effervescents où les plaintes sont nombreuses et variées.
Les policiers devraient éviter de circuler aux abords des CAMI.	Chacun des secteurs a un rôle à jouer en fonction de son mandat.	Les policiers doivent assurer la paix publique sur tout le territoire.
Les personnes UDI sont des citoyens à part entière : libres de circuler où ils veulent sans se faire harceler.	La distribution de matériel stérile est plus facile dans un environnement contrôlé et sécuritaire.	Les policiers sont tenus d'appliquer uniformément et équitablement les lois ; ils ne peuvent faire preuve de discrimination.
Les intervenants craignent que leurs efforts pour mettre en confiance des personnes UDI en vue de les amener à fréquenter des lieux où des soins peuvent leur être offerts soient annulés.	Les intervenants craignent que leurs efforts pour contrôler les risques d'infection chez les personnes UDI soient annulés.	Dans certains cas, les circonstances sont telles que les policiers n'ont pas le choix de se rendre aux abords d'un CAMI, même si leur présence n'est pas reliée aux activités du CAMI.

Les convictions partagées

- La sécurité publique, essentielle au bien-être de l'ensemble des citoyens, peut favoriser la distribution de matériel d'injection dans de meilleures conditions.
- Si les contacts des travailleurs de rue et des policiers avec les personnes UDI se produisent sans friction, l'atteinte des objectifs de réduction des méfaits qui y sont associés se fera beaucoup plus facilement.

Ce qu'il faut savoir

- Les CAMI offrent des services de santé essentiels et efficaces, inscrits dans le Programme national de santé publique, et qui doivent être soutenus ; le fait d'offrir ces services n'exempte toutefois pas les intervenants des CAMI du respect de la loi.
- La majorité des interventions policières aux abords des CAMI n'ont pas de lien avec l'application de la Loi sur les drogues ; elles visent plutôt à faire cesser le désordre public.
- La présence policière aux abords des CAMI peut réduire la fréquentation de ceux-ci.
- La création d'espaces où l'on tolère la présence des personnes UDI en l'absence de forces policières dans ces espaces peut engendrer des problèmes d'ordre public susceptibles de nuire à l'acceptabilité sociale des CAMI et au sentiment de sécurité des citoyens.

Recommandations pour parvenir à une meilleure cohérence des interventions

- Conscientiser les policiers sur la portée de leur présence aux abords des CAMI et les amener à agir avec précaution pour en limiter les impacts négatifs, avec la collaboration des intervenants des CAMI.
- Communiquer avec le service de police lorsqu'on s'interroge sur les motifs d'une présence policière aux abords des CAMI.

- Mettre au point des mécanismes pour éviter que les policiers procèdent à des activités de surveillance systématique ayant un lien avec les CAMI.
- Développer et consolider les liens entre les établissements de SSS, les organismes communautaires et les services de police en nommant un répondant pour chacun de ces secteurs afin :
 - d'établir des canaux de communication ;
 - de mettre en place des lieux d'échange permanents en vue de favoriser la sensibilisation des intervenants aux réalités respectives des uns et des autres et d'améliorer leur compréhension de la complexité des facteurs en cause (aspects légaux, enjeux sociaux et enjeux en matière de santé) ;
 - de prévenir les éventuels conflits ;
 - d'offrir des activités d'information ponctuelles (en ce qui a trait aux perceptions, aux connaissances, et aux habiletés de chacun) ;
 - de démythifier les pratiques policières, notamment en ce qui concerne la recherche d'individus, les arrestations et le recours à des techniques d'emploi de la force.
- Établir des ententes afin d'éviter les pratiques inopportunes, comme l'interpellation de personnes UDI sur la seule base de leur fréquentation d'un CAMI ou parce qu'elles font obstruction à une intervention policière.

7.2 Les contraventions données, les arrestations effectuées et la saisie de matériel d'injection

Certaines actions policières constituent un souci majeur pour les intervenants des CAMI, qui en craignent les effets sur le recours à leurs services.

<i>Les visions différentes</i>		
Intervenants des organismes communautaires/ travailleurs de rue	Intervenants des établissements de SSS en prévention des ITSS	Policiers
Les personnes UDI ont la conviction d'être dans la mire des policiers.	L'accumulation des amendes qui leur sont données réduit les moyens financiers des personnes UDI et peut affecter leur capacité à se nourrir et à se loger ; le défaut de paiement de ces amendes peut entraîner leur incarcération et leur judiciarisation.	Souvent, les policiers n'ont d'autre choix que d'intervenir auprès d'une personne UDI pour faire cesser un comportement inapproprié.
Les arrestations de personnes UDI sont souvent arbitraires. Pour cette raison, c'est le système de santé qui devrait les prendre en charge, et non le système pénal.	Les intervenants de la santé ne se sentent pas tenus de déclarer à la police les manquements aux lois et aux règlements des personnes UDI à moins que la vie et la sécurité de celles-ci ou d'autrui ne soient menacées.	Lorsqu'il s'agit de régulariser une situation répréhensible, le fait de donner des contraventions permet un recours moindre au système de justice (accusations faites en vertu du Code pénal plutôt que du Code criminel).
Les policiers ne font pas de discrimination : ils saisissent le matériel d'injection, qu'il soit usagé ou non.	La saisie de matériel décourage les personnes UDI d'utiliser du matériel stérile et de récupérer le matériel usagé en vue de d'en disposer dans un endroit approprié.	Pour entreprendre une démarche judiciaire, le policier, dans certaines circonstances (par exemple, à la demande d'un procureur), doit saisir le matériel d'injection en complément de preuve.

Les convictions partagées

- Le désordre public n'est pas souhaitable et doit être contrôlé.
- La criminalisation de la possession de drogues n'est pas, d'emblée et à elle seule, une approche efficace pour faire cesser la consommation.

Ce qu'il faut savoir

- Lorsqu'une infraction donne lieu à une intervention policière auprès d'une personne UDI à proximité d'un CAMI, elle peut avoir un effet dissuasif relativement à la fréquentation de ce CAMI, non seulement sur la personne interpellée, mais aussi sur toutes les autres personnes UDI qui le fréquentent. Les policiers sont tenus d'intervenir à la suite d'une plainte ou pour faire cesser un comportement inapproprié, mais ils ont toutefois un pouvoir discrétionnaire qui leur permet d'ajuster leur intervention selon les circonstances entourant le délit observé. Les saisies de matériel d'injection stérile sont rares ; néanmoins, elles ont des répercussions négatives sur les programmes de prévention.
- Ce ne sont pas tous les services policiers qui saisissent le matériel d'injection stérile au cours d'une intervention ; cette pratique, très variable, donne suite à la demande de certains procureurs qui veulent se baser sur un élément de preuve. Elle pourrait être mieux encadrée par le ministère de la Justice, à l'aide de consignes claires.
- Dans la très grande majorité des cas, le matériel d'injection stérile saisi est remis à la personne interpellée dès que celle-ci est libérée.
- Dans certains contextes, lorsqu'il y a constatation d'un délit, le policier se doit de recueillir la preuve, en l'occurrence le matériel ayant servi à injecter la drogue et qui en contient encore des résidus.
- La prise en charge par le système de santé de la personne UDI pourrait, la plupart du temps, éviter la judiciarisation de son cas.
- Certaines études suggèrent que l'augmentation des pratiques de consommation dangereuses et la transmission des ITSS sont des effets pervers de la criminalisation.

Recommandations pour parvenir à une meilleure cohérence des interventions

- Établir des ententes entre les organismes pour, notamment :
 - éviter les pratiques inopportunes qui consistent à :
 - empêcher les personnes UDI de circuler librement lorsqu'elles entrent dans un CAMI fixe ou mobile et qu'elles en ressortent ;
 - saisir du matériel d'injection stérile ;
 - s'immiscer dans les interventions policières pour y faire obstruction ;
 - instituer des mécanismes de résolution des conflits locaux et régionaux ;
 - chercher des solutions de remplacement à la judiciarisation en favorisant l'orientation des personnes UDI vers des ressources adéquates, comme les services de dégrisement.
- Sensibiliser le système judiciaire aux effets d'une demande de saisie de matériel d'injection comme élément de preuve et uniformiser les pratiques à cet égard. Il faudrait de plus :
 - éviter, autant que faire se peut, de confisquer du matériel d'injection stérile ;
 - dans la mesure du possible, s'assurer que le matériel d'injection stérile saisi est remis à la personne concernée après l'intervention ;
 - sensibiliser les intervenants des CAMI aux mécanismes servant à recueillir des éléments de preuve.

7.3 Les interventions policières dans les centres d'accès à du matériel d'injection stérile

On l'a vu précédemment, la présence policière peut insécuriser les personnes UDI. Lorsque cette présence se manifeste à l'intérieur même des CAMI, elle peut en perturber les clients et générer des effets négatifs sur la fréquentation de ces centres.

<i>Les visions différentes</i>		
Intervenants des organismes communautaires/ travailleurs de rue	Intervenants des établissements de SSS en prévention des ITSS	Policiers
Les CAMI gérés par des organismes communautaires sont d'abord des lieux d'accueil auxquels on peut avoir accès facilement.	Les CAMI gérés par des organismes communautaires font partie du réseau des établissements de santé.	Les CAMI gérés par des organismes communautaires ne sont pas des « ambassades ».
Les policiers ne peuvent entrer dans un CAMI sans y être invités.	Le local d'accueil des CAMI est accessible à tous durant les heures d'ouverture.	Les policiers peuvent entrer dans un CAMI sans s'annoncer et sans y avoir été invités, notamment lorsqu'ils poursuivent un individu.
Les policiers doivent s'en tenir à l'intervention qui leur a été demandée lorsqu'ils pénètrent dans un CAMI.		Lorsqu'ils constatent des infractions, les policiers doivent intervenir pour appliquer la loi, quel que soit le lieu.
Aucune violence ne peut être tolérée dans les CAMI.		
En entrant dans les CAMI, les policiers agissent sans tenir compte des impacts de leur présence sur la fréquentation de ces centres.		L'application de la loi est prioritaire par rapport à tout autre objet d'intervention.

Les convictions partagées

- Les policiers connaissent mal le rôle des CAMI.
- La présence policière dans un CAMI peut occasionner un malaise chez les personnes UDI et chez les intervenants.
- Certains comportements nécessitent que la police intervienne dans les organismes communautaires et les établissements de SSS.

Ce qu'il faut savoir

- On ne peut faire obstruction au travail des policiers sous peine d'être poursuivi en justice en vertu du Code criminel. En contrepartie, des mécanismes de surveillance de l'activité policière sont en place dans tous les services de police ; des plaintes peuvent aussi être déposées auprès du Commissaire à la déontologie policière.
- Les CAMI sont des services de santé reconnus dont les interventions s'effectuent en fonction de critères établis par les organismes de santé publique. La distribution de matériel d'injection fait partie intégrante du Programme national de santé publique.
- Les policiers peuvent entrer dans un CAMI sans s'annoncer et sans y avoir été invités, ainsi que le permet la loi dans tout endroit ouvert au public. Toutefois, lorsqu'un CAMI bénéficie d'une exemption à la loi sur les drogues et offre un service d'injection supervisée, les policiers ne peuvent y arrêter un individu pour possession de drogues.

Recommandations pour parvenir à une meilleure cohérence des interventions

Déterminer des indicateurs encadrant les situations où les intervenants des CAMI devraient demander l'aide de la police ; à cette fin, les intervenants doivent définir des critères qui leur permettent de statuer sur :

- la gravité des situations (sécurité menacée, vie en danger, passage probable à l'acte suicidaire, homicide, violence physique) ;
- la nature des urgences (contrôle physique, intervention de santé, etc.) ;

- les priorités en matière d'intervention (santé ou sécurité) ;
- les mesures à privilégier (isolement, interruption des services, appel à l'aide – p. ex. : ambulance) ;
- déterminer les contextes où les policiers peuvent intervenir d'emblée dans les CAMI ;
- spécifier quels sont les contextes où il ne peut y avoir ingérence ni d'un côté ni de l'autre ;
- déterminer quelle information il faut partager avec les personnes UDI au regard de la présence policière dans les CAMI ;
- définir le genre d'avertissements que les policiers peuvent donner aux intervenants des CAMI, lorsque cela est possible, avant d'intervenir dans leurs locaux.

7.4 La prise en charge des personnes intoxiquées et désorganisées

On l'a dit précédemment, chez certains utilisateurs, la consommation de drogues par injection peut entraîner des troubles graves de santé mentale, dont l'un des symptômes possibles est la paranoïa. En présence de tels troubles, il y a un danger pour la santé et la sécurité de la personne intoxiquée de même que pour son entourage.

Sollicités à cet égard, les policiers doivent alors tenter de maîtriser la personne désorganisée et de mettre fin au désordre public dont elle est à l'origine en l'accompagnant vers un lieu où elle pourra être prise en charge le temps qu'il faudra pour que son comportement ne soit plus dérangeant. Une telle prise en charge nécessite cependant des ressources qui ne sont pas toujours disponibles.

<i>Les visions différentes</i>		
Intervenants des organismes communautaires/ travailleurs de rue	Intervenants des établissements de SSS en prévention des ITSS	Policiers
L'intoxication est l'une des conséquences de la consommation abusive de drogues.	L'intoxication peut engendrer des comportements qui ont des effets sur la santé.	L'intoxication peut engendrer des comportements qui dérangent et parfois menacent la sécurité et l'ordre publics.
Les policiers font usage de force excessive lorsqu'ils maîtrisent une personne intoxiquée et désorganisée.	Les interventions auprès des personnes intoxiquées et désorganisées ne doivent pas occasionner de blessures.	La maîtrise d'une personne intoxiquée et désorganisée peut nécessiter que plusieurs policiers participent à l'intervention pour que celle-ci se fasse de manière sécuritaire, à la fois pour la personne maîtrisée et pour celles qui interviennent.

Les convictions partagées

- Les personnes UDI intoxiquées et désorganisées ont besoin d'être prises en charge pour ne pas se nuire ni occasionner des problèmes aux autres.
- L'intervention auprès des personnes désorganisées est difficile pour tous les groupes d'intervenants, quels qu'ils soient.
- Tous les groupes d'intervenants ont un rôle à jouer dans la prise en charge des personnes désorganisées.

Ce qu'il faut savoir

- Les intervenants des CAMI ne sont pas toujours capables de gérer eux-mêmes les situations occasionnant du désordre qui se produisent dans leurs locaux ; dans certains cas, ils doivent faire appel aux personnes mandatées pour appliquer la loi, notamment la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – communément appelée loi P-38 (cette loi permet d'amener quelqu'un contre son gré et de le faire hospitaliser).
- La maîtrise des personnes désorganisées peut être plus difficile lorsque celles-ci présentent des symptômes de paranoïa.
- Reconnu depuis 2009, le délire agité (une aggravation des symptômes de paranoïa) constitue une urgence médicale. Ses principaux effets sont les suivants : altération de l'état de conscience, agressivité extrême, combativité, force surhumaine, hyperthermie, tachycardie, insensibilité à la douleur et propension à briser du verre ou des miroirs.
- Après avoir identifié les signes d'un délire agité, il faut agir rapidement, calmer la personne et la transporter vers un centre hospitalier, car les effets indésirables de ce délire sur le cœur et le cerveau sont très intenses et peuvent conduire à un décès subit. Des soins avancés sont nécessaires et ne peuvent actuellement être fournis que par une équipe médicale d'urgence. Enfin, pour contrecarrer les effets nocifs du délire agité sur l'organisme, notamment pour prévenir ou repousser l'apparition d'un trouble du rythme cardiaque et ainsi augmenter les chances de survie, il faut administrer un sédatif à la personne en crise afin de l'apaiser et surveiller ses signes vitaux.

- Le MSSS a produit un dépliant intitulé Droits et recours des personnes mises sous garde. Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.
- L'École nationale de police du Québec offre aux services de police une formation en ligne concernant le délire agité. Cette formation peut aider les policiers à mieux gérer le comportement des personnes en crise.
- Les services offerts par les SIS (salles de dégrisement, injection supervisée, etc.) contribuent à prévenir l'intoxication grave et la désorganisation.

*Recommandations pour parvenir à une meilleure
cohérence des interventions*

- Offrir au personnel des CAMI une formation sur le délire agité.
- Évaluer la possibilité de mettre à jour la pratique policière préconisée par le ministère de la Sécurité publique concernant le délire agité.
- Consacrer des ressources dans les domaines de la santé et des services sociaux à la prise en charge des personnes intoxiquées et désorganisées.
- Définir, dans le cadre d'accords locaux, les circonstances où les intervenants en santé doivent faire appel à la police.
- Consentir des efforts afin que la chaîne des interventions auprès des personnes désorganisées soit plus cohérente (p. ex. : projets avec des agents de liaison, nouvelles mesures en santé mentale).
- Appuyer la mise en place des conditions nécessaires à l'implantation de services d'injection supervisée, selon les balises du MSSS.

7.5 La distribution de seringues, les seringues jetées dans des lieux publics et la récupération des seringues

Plusieurs personnes ont des réticences au regard de la distribution de grandes quantités de seringues ; elles ne reconnaissent pas l'importance de distribuer un grand nombre de seringues pour atteindre les objectifs, en matière de santé publique, de réduction des épidémies, s'inquiètent facilement quand il est question des seringues jetées dans des lieux publics et craignent les risques d'infection, notamment chez les enfants.

La mise au rebut non sécuritaire des seringues usagées est souvent occasionnée par la peur qu'ont les personnes UDI de se faire arrêter avec de telles seringues sur elles. Quant à la multiplication des boîtes de récupération, elle est perçue par certains comme une invitation à s'injecter des drogues en public plutôt que comme une mesure visant à limiter les nuisances et les accidents potentiels.

<i>Les visions différentes</i>		
Intervenants des organismes communautaires/ travailleurs de rue	Intervenants des établissements de SSS en prévention des ITSS	Policiers
Les intervenants de ces secteurs trouvent difficile de distribuer beaucoup de matériel d'injection compte tenu de la réaction des policiers et de la population et parce qu'ils ne veulent pas être vus comme des « machines distributrices ».	Le nombre de seringues distribuées n'est pas suffisant pour éviter le partage et prévenir la transmission des ITSS.	Les policiers s'interrogent sur le bien-fondé d'une distribution massive de seringues et sur le fait que certaines personnes UDI transportent un nombre important de seringues sur elles.
Les personnes UDI se débarrassent de leurs seringues souillées dans des endroits inappropriés par peur d'être trouvées par la police en possession de ces seringues.	Les seringues jetées dans des lieux publics augmentent le risque que d'autres personnes UDI les utilisent, de même que le risque de piqûres accidentelles dans la population.	Les policiers reçoivent souvent des plaintes concernant les seringues jetées dans des lieux publics à cause des risques de piqûres accidentelles.

<p>Il faudrait davantage de boîtes de récupération des seringues usagées dans des points chauds, de même qu'il faudrait augmenter la visibilité de ces boîtes.</p>	<p>Les boîtes de récupération sont une mesure visant à limiter l'utilisation de seringues usagées et les piqûres accidentelles ; l'entretien de ces boîtes et leur vidange régulière demeurent toutefois un défi.</p>	<p>Les boîtes de récupération peuvent être perçues comme une invitation à s'injecter des drogues à proximité.</p>
<p>Lorsqu'il y a partage de seringues usagées, les risques d'infection sont très élevés chez les personnes UDI.</p>	<p>Les risques d'infection accidentelle à partir de seringues usagées jetées dans des lieux publics sont très faibles pour la population.</p>	<p>Au cours de la fouille des suspects, les policiers ont peur de se faire piquer ou de se piquer sur des seringues souillées et d'être ainsi infectés.</p>
<p><i>Les convictions partagées</i></p>		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il est important de limiter la transmission des ITSS en mettant du matériel d'injection stérile à la disposition des personnes UDI. ▪ La récupération du matériel d'injection usagé est nécessaire. ▪ Les boîtes de récupération doivent être accessibles, connues des personnes UDI et vidées régulièrement. 		
<p><i>Ce qu'il faut savoir</i></p>		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La distribution de matériel d'injection fait partie du Programme national de santé publique. Elle n'augmente pas l'usage de drogues, mais contribue à sauver des vies et à protéger les personnes UDI contre des infections graves. ▪ Le nombre de seringues distribuées a une incidence directe sur la diminution des risques de transmission du VIH et du VHC chez les personnes UDI. Toutefois, le nombre de seringues qu'il faudrait distribuer aux personnes UDI n'est pas suffisamment élevé au Québec. ▪ Le réseau de la santé et des services sociaux a mis en place un programme national de récupération des seringues qui s'adresse à toute la population : <ul style="list-style-type: none"> • les seringues peuvent être rapportées dans les organismes communautaires, les CSSS et les pharmacies ; 		

- cette récupération vise notamment à augmenter le sentiment de sécurité de la population ;
 - l'installation de boîtes de récupération peut s'avérer une solution aux problèmes occasionnés par les seringues jetées dans des lieux publics et, par conséquent, aux piqûres accidentelles.
- Les risques d'infection avec des seringues usagées sont très faibles pour les personnes qui ne sont pas utilisatrices de drogues par injection. Aucun cas de transmission du VIH ou du VHC n'a été répertorié au Québec à la suite d'une piqûre accidentelle avec une seringue usagée.
 - En Occident, deux cas d'infection par le VIH ou le VHC ont été répertoriés chez les policiers au cours des vingt dernières années, mais aucun ne l'a été au Québec.
 - Les expériences vécues ailleurs ont démontré que les services d'injection supervisée sont efficaces pour diminuer le nombre de seringues jetées dans des lieux publics.
 - Il n'est pas illégal de transporter sur soi des seringues stériles.

*Recommandations pour parvenir à une meilleure
cohérence des interventions*

- Aviser les personnes UDI (et les autres personnes qui font usage de seringues, comme les diabétiques, par exemple) et les services de police que des contenants sont disponibles sans frais dans les organismes communautaires, les CLSC et les pharmacies pour la récupération des seringues usagées. Établir une liste des lieux, en dehors de ces sites, où des boîtes de récupération ont été placées et déterminer de quelle façon voir à leur entretien après consensus avec des policiers, des intervenants des organismes communautaires, des intervenants des établissements de SSS et des fonctionnaires municipaux. Il est préférable que les citoyens et les commerçants visés aient accepté que des boîtes de récupération soient placées près des lieux où ils habitent ou font affaire.
- Informer les policiers et la population sur les risques très faibles de transmission du VIH et du VHC à la suite de piqûres accidentelles et les informer sur les moyens d'éviter ces piqûres.
- Favoriser la mise en place des conditions nécessaires à l'instauration de services d'injection supervisée pour diminuer le nombre de seringues jetées dans des endroits publics.

7.6 La concentration de personnes utilisatrices de drogues par injection dans des endroits publics et l'injection en public

Les personnes UDI fréquentent les mêmes lieux et se retrouvent fréquemment à proximité des CAMI, qui sont situés dans les endroits chauds des villes pour mieux rejoindre leur clientèle. La concentration de ces personnes UDI affecte le sentiment de sécurité des résidents et des commerçants, surtout en période estivale, au moment où elle est particulièrement visible.

Quant à l'injection en public, il s'agit d'une pratique qui n'est pas acceptée socialement. Elle affecte le sentiment de sécurité de la population, donne lieu à plusieurs plaintes de la part des citoyens et augmente les risques d'infections et de surdoses chez les personnes UDI à cause de la rapidité d'exécution à laquelle elle les oblige. Cette pratique n'est pas sans autres risques pour les personnes UDI, puisqu'elle entraîne aussi des problèmes liés à l'injection elle-même (abcès, injection dans une artère, etc.), des infections causées par le VHC et encourage le partage de matériel d'injection.

<i>Les visions différentes</i>		
Intervenants des organismes communautaires/ travailleurs de rue	Intervenants des établissements de SSS en prévention des ITSS	Policiers
Les CAMI doivent être situés dans des endroits accessibles pour que leur fréquentation par les personnes UDI en soit facilitée.	Il faut que les services offerts par les CAMI puissent rejoindre le plus grand nombre de personnes UDI possible.	L'attroupement de personnes qui consomment des drogues dans certains quartiers et parcs affecte le sentiment de sécurité des citoyens.
Les personnes qui s'injectent des drogues dans des lieux publics le font à défaut de lieux appropriés et sécuritaires.	Actuellement, les CAMI ne peuvent pas permettre l'injection de drogues dans leurs locaux.	Dans le cadre de leur travail, les policiers perçoivent que les citoyens sont insécurisés par l'injection de drogues en public.

<p>Le regroupement des personnes UDI diminue leur isolement.</p>	<p>Le fait que plusieurs personnes UDI se réunissent spontanément à proximité des CAMI (à l'extérieur et à l'intérieur des commerces et des endroits publics se trouvant également à proximité) occasionne de nombreuses plaintes auprès des policiers, qui doivent alors intervenir.</p>
<p>L'existence de services destinés aux personnes UDI n'a pas d'effet sur la concentration de ces personnes près des services en question, puisqu'elles se retrouvent déjà en grand nombre dans certains lieux.</p>	<p>Plusieurs policiers, à l'instar de la population, croient que l'existence de centres d'accès à du matériel d'injection a un effet sur la concentration des personnes UDI dans certains lieux et sur leur nombre (effet « pot de miel »).</p>
<p><i>Les convictions partagées</i></p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les risques de désordre sont accrus lorsque plusieurs personnes UDI se retrouvent dans un même endroit. ▪ Les drogues par injection sont achetées et consommées dans des contextes où il peut y avoir de l'intimidation et de la violence. 	
<p><i>Ce qu'il faut savoir</i></p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les citoyens associent souvent les personnes UDI à un certain facteur de risque, de danger, et peuvent se sentir intimidés par elles. 	

- La concentration des personnes UDI dans des quartiers chauds n'est pas liée à la présence des CAMI, mais plutôt à des impératifs d'approvisionnement et de partage. En ce sens, l'accès à du matériel d'injection n'a pas d'incidence sur l'augmentation du nombre d'usagers de drogues. Le déménagement des CAMI en dehors des endroits chauds peut avoir pour effet une baisse importante de la fréquentation de ces centres. Les CAMI s'installent là où les besoins se font sentir.
- 50 % des personnes UDI s'injectent des drogues en public.
- L'existence des services d'injection supervisée diminue l'injection de drogues en public.
- Les interventions policières dans les « piqueries » peuvent priver temporairement les personnes UDI d'un endroit où s'injecter leur dose, en conséquence de quoi elles doivent le faire dans un lieu public.
- Les expériences vécues ailleurs démontrent que les services d'injection supervisée diminuent le nombre d'injections en public, ce qui améliore le sentiment de sécurité de la population, de même que les conditions dans lesquelles les drogues sont injectées.

Recommandations pour parvenir à une meilleure cohérence des interventions

- Instaurer un comité consultatif constitué de ressources du milieu afin d'en arriver, conjointement :
 - à une connaissance plus fine des réalités du terrain ;
 - à une prise en charge des enjeux locaux par les services concernés ;
 - à la mise au point de stratégies qui répondent aux besoins spécifiques des communautés ;
 - à la transmission d'informations cohérentes et justes auprès des résidents et des gens d'affaires ;
 - à des objectifs réalistes en matière de gestion des populations des centres-villes, particulièrement en période estivale, et à des résultats mesurables au regard de la paix sociale et de la réduction des méfaits.
- Favoriser la mise en place des conditions nécessaires à l'instauration de services d'injection supervisée pour diminuer le nombre de seringues jetées dans des lieux publics.

7.7 La gestion des informations nominatives et leur partage entre les intervenants concernés

La gestion des données nominatives et l'encadrement légal régissant la divulgation de renseignements contenus dans le dossier du patient constituent des obstacles quant à la transmission d'informations entre les travailleurs de la santé et les services policiers qui, eux, ne sont pas soumis à une telle exigence dans le contexte d'une intervention policière.

Les services policiers sont cependant soumis à une gestion serrée des informations criminelles, qu'ils ne peuvent partager qu'entre eux.

<i>Les visions différentes</i>		
Intervenants des organismes communautaires/ travailleurs de rue	Intervenants des établissements en prévention des ITSS	Policiers
Les intervenants des organismes communautaires possèdent de l'information qui doit être tenue confidentielle.	La protection des données nominatives est l'une des dispositions de la Loi sur la santé publique et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.	Les informations nominatives peuvent être partagées à l'intérieur d'un même service de police ou entre plusieurs services de police concernés.
Les professionnels qui ne respectent pas la protection des données nominatives peuvent encourir de lourdes sanctions, y compris la perte de leur permis d'exercice.		Les policiers ont des attentes voulant que les intervenants du réseau de la santé puissent partager avec eux l'information qu'ils jugent pertinente.
<i>Les convictions partagées</i>		
<ul style="list-style-type: none"> La gestion actuelle des données nominatives peut constituer un frein à la collaboration, à la concertation et au partenariat entre les policiers, les organismes communautaires et les établissements de SSS. 		

Ce qu'il faut savoir

- Les règles qui régissent les pratiques des professionnels de la santé et celles des policiers sont différentes au regard de la gestion des données nominatives. Elles le sont également en ce qui a trait à la gestion des données criminelles.
- Les services policiers ne peuvent exiger d'avoir accès aux dossiers confidentiels des patients dans les CAMI et dans les établissements de SSS, sauf s'ils possèdent un mandat de perquisition à cet effet ou s'ils interviennent dans le cadre de l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.
- Des ententes tripartites peuvent donner lieu à un partage conditionnel de certaines informations non nominatives : il s'agit de déterminer dans quelle situation une telle manière de faire s'avère essentielle à la santé et à la sécurité publique.
- Il faut obtenir un consentement signé de la personne visée avant de transmettre des données nominatives la concernant, que la transmission de ces données se fasse d'un professionnel de la santé à un autre ou entre un professionnel de la santé et un policier.

Recommandations pour parvenir à une meilleure cohérence des interventions

- Informer les professionnels de la santé des modalités permettant de divulguer des renseignements personnels aux policiers.
- Poursuivre la réflexion au niveau national en vue d'un partage mieux encadré et plus étendu des données nominatives des organismes communautaires, des établissements de SSS et des services de police concernant les personnes UDI en :
 - définissant dans quelles circonstances ce partage peut avoir lieu (santé et sécurité de la personne UDI, santé et sécurité des personnes entourant la personne UDI, santé et sécurité des personnes intervenant auprès d'une personne UDI) ;
 - sollicitant l'expertise des organismes chargés de la protection des renseignements personnels, comme la Commission d'accès à l'information du Québec, pour mener à bien cette réflexion.

Conclusion

Les solutions à privilégier

D'entrée de jeu, le présent guide a souligné la complexité du phénomène de l'usage de drogues par injection et la difficulté d'en prévenir les conséquences négatives de manière simple et rapide. On y a aussi insisté sur l'importance d'apporter des réponses qui mènent à des concessions « gagnant-gagnant », sans lesquelles aucun accord ne peut vraiment perdurer, et qui s'inscrivent dans la réalité des villes où sont offerts des services aux personnes UDI.

Au terme de nombreuses réflexions et après une recherche approfondie de solutions qui soient applicables pour tous, les membres du Comité santé et sécurité publiques à l'égard des programmes de prévention ITSS/UDI sont convaincus qu'une attitude volontaire et engagée constitue la principale condition pour parvenir à une plus grande collaboration, à une meilleure concertation et à un partenariat plus efficace. Ils ont eux-mêmes constaté qu'une dynamique se crée lorsque des intervenants provenant de différents milieux et possédant différentes cultures travaillent ensemble à résoudre des problèmes qui touchent des enjeux sociaux importants, et en ont pour preuve la complicité établie dans le cadre de leurs travaux.

Voilà pourquoi ils considèrent que les suggestions formulées plus haut en vue de parvenir à une meilleure cohérence des interventions – compte tenu des situations engendrant de l'incompréhension de part et d'autre et des réflexes que peuvent avoir les intervenants dans leurs milieux respectifs – constituent des repères déterminants dont les grandes lignes peuvent être appliquées avec justesse à un grand nombre de situations, sans porter préjudice à l'un ou l'autre des intervenants concernés.

À cet égard, les solutions suivantes sont proposées :

Désigner des interlocuteurs dans chaque organisme visé (organismes communautaires, établissements de SSS et services policiers) afin :

- d'établir des canaux de communication ;
- de mettre en place des lieux d'échange permanents où l'on pourra :
 - favoriser la sensibilisation des intervenants aux réalités respectives des uns et des autres et améliorer leur compréhension de la complexité

des facteurs en cause (aspects légaux, enjeux sociaux et enjeux en matière de santé) ;

- offrir des séances d'information ponctuelles (en ce qui a trait aux perceptions, aux connaissances et aux compétences de chacun) ;
- démythifier les pratiques policières, notamment en ce qui concerne la recherche d'individus, les arrestations et le recours à la force ;
- informer les personnes visées sur les risques de transmission du VIH et du VHC à la suite de piqûres accidentelles et sur les moyens d'éviter ces piqûres.

Instaurer une table de concertation avec des ressources du milieu afin d'en arriver :

- à une connaissance plus fine des réalités du terrain ;
- à une prise en charge des enjeux locaux par les services concernés ;
- à la mise au point de stratégies qui répondent aux besoins spécifiques des communautés ;
- à une meilleure transmission d'informations cohérentes et justes auprès des résidents et des gens d'affaires ;
- à des objectifs réalistes de gestion des populations des centres-villes, particulièrement en période estivale, et à des résultats mesurables au regard de la paix sociale et de la réduction des méfaits.

Aviser les personnes concernées que des contenants peuvent être obtenus sans frais dans les organismes communautaires, les CLSC et les pharmacies **pour la récupération des seringues usagées**. Pour ce faire, il faudra :

- établir une liste des lieux où sont situées les boîtes de récupération, en dehors des organismes communautaires, des CLSC et des pharmacies, et voir à leur entretien après consensus avec les policiers, les intervenants des organismes communautaires, les intervenants des établissements de SSS et les fonctionnaires municipaux ;
- s'assurer que les citoyens et les commerçants visés aient accepté que des boîtes de récupération soient placées près des lieux où ils habitent ou font affaire.

Établir des ententes pour :

- éviter les pratiques inopportunes qui consistent à :
 - empêcher les personnes UDI de circuler librement lorsqu'elles entrent dans un CAMI fixe ou mobile et qu'elles en ressortent,
 - saisir du matériel d'injection stérile,
 - s'immiscer dans les interventions policières et y faire obstruction, car seule l'observation tacite est légale ;
- instituer des mécanismes impartiaux de résolution des conflits locaux et régionaux ;
- spécifier quels sont les contextes où il ne peut y avoir ingérence ni d'un côté ni de l'autre.

Concevoir, de façon concertée, une grille qui permette de statuer sur :

- la gravité des situations ;
- la nature des urgences ;
- les priorités en matière d'intervention (santé ou sécurité) ;
- les actions à privilégier (isolement, interruption des services, appel à l'aide – p. ex. : ambulance).

Conscientiser les policiers :

- quant à la portée de leur présence aux abords des CAMI et quant à l'importance d'agir avec précaution pour en limiter les impacts négatifs, avec la collaboration des intervenants des CAMI ;
- quant à l'importance de ne pas procéder à des activités de surveillance systématique autour des CAMI.

Conscientiser les intervenants de la santé :

- quant à la réalité de la pratique policière ;
- quant aux rôles complémentaires déterminants joués par chacun des secteurs concernés.

Déterminer un processus de prise en charge des personnes souffrant de délire agité et :

- offrir une formation sur le délire agité au personnel des CAMI.

Sensibiliser la Direction des poursuites criminelles et pénales aux effets d'une demande de saisie de matériel d'injection comme élément de preuve et uniformiser les pratiques à cet égard. Il faudrait également :

- éviter, autant que faire se peut, de confisquer du matériel d'injection stérile ;
- dans la mesure du possible, s'assurer que le matériel d'injection stérile saisi soit remis à son possesseur après l'intervention ;
- sensibiliser les intervenants des CAMI aux mécanismes permettant de recueillir des éléments de preuve.

Afin d'obtenir de meilleurs résultats, les membres du Comité sont aussi d'avis que des outils de sensibilisation et de formation adaptés aux besoins de l'ensemble des intervenants devront être mis au point et offerts à tous les services concernés afin que l'application du présent guide puisse se faire de façon cohérente et que tous les secteurs en arrivent à parler un même langage. C'est à ces conditions que la démarche qu'ils privilégient se traduira par un changement qui influencera durablement les façons de faire.

Les activités de sensibilisation s'adresseront à tout le personnel des organisations, alors que les formations ciblées et plus complètes toucheront davantage les acteurs actifs sur le terrain, qui ont régulièrement à négocier entre eux, ainsi qu'avec les personnes UDI, la population et avec les élus¹².

Au fur et à mesure que le changement s'installera, les risques de transmission du VIH et de l'hépatite C entre les personnes UDI seront mieux contrôlés et les milieux dans lesquels ces personnes évoluent, mieux sécurisés. Ce changement réduira aussi les frictions entre les groupes d'intervenants et améliorera l'image des services publics. Enfin, il favorisera la cohabitation au sein d'un milieu paisible et sécuritaire.

Mentionnons également que le jugement récent de la Cour suprême concernant INSITE est venu rappeler que les lois fédérales en matière de drogues visent à protéger à la fois

12 La vidéo *On n'est pas juste des toxicomanes* peut être une référence intéressante pour sensibiliser les intervenants et la population à la réalité des personnes UDI]. On peut voir cette vidéo à l'une des deux adresses suivantes : [\[http://www.espaceitss.ca/112-manchettes/on-n-est-pas-juste-des-toxicomanes.html\]](http://www.espaceitss.ca/112-manchettes/on-n-est-pas-juste-des-toxicomanes.html)

la santé et la sécurité publiques. Ce jugement établit que les services de santé offerts aux personnes UDI, tels les SIS, devraient bénéficier d'une exemption à la loi lorsqu'il est démontré que ces services sauvent des vies et n'ont pas d'effet négatif sur la criminalité et l'ordre public.

En raison de ce jugement et de l'évolution de la réflexion sur les soins à offrir aux personnes UDI, les policiers sont de plus en plus conscientisés à la nécessité et à la légitimité d'une prise en charge sanitaire des problèmes de toxicomanie et ils reconnaissent la pertinence d'une complémentarité d'action entre les différents secteurs visés. De leur côté, les intervenants de la santé sont de plus en plus sensibles à la réalité de la pratique policière et plus enclins à convenir que chacun des secteurs a un rôle déterminant à jouer.

De telles attitudes constituent une base solide pour assurer la cohérence recherchée. Nul doute qu'en unissant leurs efforts, les policiers, les intervenants communautaires et les professionnels de la santé sauront implanter de meilleures pratiques en matière de collaboration, communiqueront plus justement avec le milieu, mettront au point des formations et des méthodes de sensibilisation mieux adaptées, en somme, feront progresser les mentalités vers une plus grande acceptation sociale des personnes UDI et des interventions dont elles ont besoin.

Bibliographie

ASSOCIATION DES INTERVENANTS EN TOXICOMANIE DU QUÉBEC. Section *Qu'est-ce que la réduction des méfaits*. Longueuil, décembre 2006. Consulté en ligne sur le site suivant : [www.reductiondesmefaits.aitq.com].

ASSOCIATION DES INTERVENANTS EN TOXICOMANIE DU QUÉBEC. « Le cycle de la dépendance ».

ASSOCIATION DES INTERVENANTS EN TOXICOMANIE DU QUÉBEC. Capsule *Les programmes d'échange de seringues (PÉS) au Québec*, Longueuil, mai 2009, 9 p. Consulté en ligne sur le site suivant : [http://www.aitq.com/pdf/enligne/diaporamas/2010/Capsule_11.pdf].

BILODEAU, ANGÈLE *et al.*. « L'exigence démocratique de la planification participative : le cas de la santé publique au Québec », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 17, n° 1, automne 2004, p. 50-65. Cité dans Denis Bourque, *Réseautage et partenariat*, 2010.

BLOUIN, K., LECLERC, P., ROY, E., ET COLLAB. *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2010 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2010*. Québec, 2012, Institut national de santé publique du Québec, 91 p. Consulté en ligne sur le site suivant : [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1569_SurvMallInfectUDI_EpidemioVIH1995-2010_EpidemioVHC2003-2010.pdf].

BOURQUE, DENIS. *Réseautage et partenariat*, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, Montréal, UQO, mars 2010, 44 p. Consulté en ligne sur le site suivant : [<http://uqo.ca/crcoc/Fichiers/presentations/FinalCDC10.ppt>].

BUREAU DU CORONER DU QUÉBEC. Communiqué de presse annonçant le dépôt du rapport d'enquête publique sur le décès de M. Michel Berniquez, Québec, 17 décembre 2012. Consulté en ligne sur le site suivant : [<http://www.coroner.gouv.qc.ca>].

BROCHU, SERGE. « *Droge et criminalité, une relation complexe* », compte rendu, *NPS*, vol. 9, n° 2, 1996, 3 p. Consulté en ligne sur le site suivant : [<http://www.erudit.org/revue/nps/1996/v9/n2/301375ar.pdf>].

BUXTON, JANE. ET COLL. The British Columbia (BC) Harm Reduction Supply Distribution Program: preventing HIV and HCV in BC, Conférence de l'Association canadienne de recherche sur le VIH, Vancouver, 2013.

CLOUTIER, RICHARD. *Balises pour un partenariat efficace*, Rencontre nationale des répondants régionaux et nationaux en toxicomanie et ITSS, mai 2008, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

CLOUTIER, RICHARD. *Perceptions de la population québécoise à l'égard des personnes qui font usage de drogues et des programmes de réduction des méfaits*, sondage POP-UDI, 24^{ème} rencontre nationale des intervenant(e)s en réduction des méfaits liés à l'usage de drogues, Longueuil, Association des intervenants en toxicomanie du Québec, mai 2010. Consulté en ligne sur le site suivant :

[\[http://reductiondesmefaits.aitq.com/index.php/component/docman/cat_view/39-rencontre-nationale/59-24e-rencontre-nationale?Itemid=37\]](http://reductiondesmefaits.aitq.com/index.php/component/docman/cat_view/39-rencontre-nationale/59-24e-rencontre-nationale?Itemid=37).

CLOUTIER, RICHARD. « Vers une plus grande collaboration entre les services de police et les programmes de réduction des méfaits liés à l'usage des drogues », *Intersection* (édition spéciale), n° 32, juin 2011, p. 5-7. Consulté en ligne sur le site suivant :

[\[http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/police_au_quebec/revue_intersection/intersection_2011_no32.pdf\]](http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/police_au_quebec/revue_intersection/intersection_2011_no32.pdf).

CLOUTIER, RICHARD. « Tableau comparatif des effets liés à l'ajout de mesures de réduction des méfaits aux programmes d'accès à du matériel d'injection », 2013, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

COALITION CANADIENNE DES POLITIQUES SUR LES DROGUES. *Se rendre au lendemain : un rapport sur les politiques canadiennes sur les drogues*, 2013, 124 p. Consulté en ligne sur le site suivant : [\[http://drugpolicy.ca/report/CDPC2013_fr.pdf\]](http://drugpolicy.ca/report/CDPC2013_fr.pdf).

COMMISSION MONDIALE POUR LA POLITIQUE DES DROGUES. *La guerre aux drogues. Rapport de la Commission mondiale pour la politique des drogues*, Rio de Janeiro, 2011, 24 p. Ce document peut être consulté sur le site suivant :

[\[http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global Commission Report French.pdf\]](http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf).

COMMISSION MONDIALE POUR LA POLITIQUE DES DROGUES. *La guerre aux drogues face au VIH/sida. Comment la criminalisation de l'usage de drogues aggrave la pandémie mondiale. Rapport de la Commission mondiale pour la politique des drogues*, Rio de Janeiro, 2012, 24 p. Ce document peut être consulté sur le site suivant :

[\[http://globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/GCDP HIV-AIDS 2012 FR v3.pdf\]](http://globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/GCDP_HIV-AIDS_2012_FR_v3.pdf).

COMMISSION MONDIALE POUR LA POLITIQUE DES DROGUES. *L'impact négatif de la "guerre contre la drogue" sur la santé publique : l'épidémie cachée d'hépatite C Rapport de la Commission mondiale pour la politique des drogues*, Rio de Janeiro, 2013, 4 p. Ce document peut être consulté sur le site suivant :

[http://www.globalcommissionondrugs.org/hepatitis/GCDP_HepatitisC_2013_FR_Summary_v2.pdf].

DA SILVA, JORGE. *Mitigating the negative effects of repressive strategies: the Pacifying Police Units (UPP) in Rio de Janeiro*, 23rd Harm Reduction International Conference, # 660, Vilnius, Lituanie, 11 juin 2013.

Dictionnaire de criminologie en ligne. Consulté sur le site suivant : [<http://www.criminologie.com/article/drogues-et-crimes>].

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE, ASSOCIATION DES INTERVENANTS EN TOXICOMANIE DU QUÉBEC. « La loi de l'effet », 2005.

DUPONT, BENOÎT et ÉMILE PÉREZ. *Les polices au Québec*, Que sais-je ? Paris, Presses universitaires de France, 2006, 128 p.

ERNST, M.L., M. AESCHBACHER et B. SPENCER. *Les aspects sanitaires du travail de la police avec les consommateurs de drogues*, Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2000, 44 p. et annexes. Consulté sur le site suivant : [<http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/02066/02466/index.html?lang=fr>].

FONTAN, JEAN-MARC et RENÉ LACHAPPELLE. *Concertation / Partenariat*, formation donnée à l'Institut de développement communautaire, Montréal, Université Concordia, 2000, 23 p.

HERZIG, MICHAEL. *Forms of collaboration between harm reduction services and law enforcement in the city of Zurich*, #939, 23rd Harm Reduction International Conference, Vilnius, Lituanie, 10 juin 2013.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Les politiques publiques en matière de substances psychoactives : contenu intégral des conférences présentées lors du symposium tenu à Québec le 28 septembre 2011*, Québec, mars 2012, 85 p. Consulté en ligne sur le site suivant :

[http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/1443_PolPubSubsPsychoactives_ContentuSymposiumQc28Sept2011.pdf].

LAW ENFORCEMENT AND HARM REDUCTION NETWORK. Consulté en ligne sur le site suivant : [\[http://leahn.org/\]](http://leahn.org/).

LECLERC, PASCALE *et al.* *Estimation de la taille et caractérisation de la population utilisatrice de drogues par injection à Montréal*. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Montréal, 2013, 46 p. Consulté en ligne sur le site suivant : [\[http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/Feuillet_ETCPU_M_2013-06-07_final_4P_.pdf\]](http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/Feuillet_ETCPU_M_2013-06-07_final_4P_.pdf).

LI, GEOFFREY. « Services de sécurité privés et services de police publics au Canada », *Juristat* (Statistique Canada), vol. 28, n° 10. Consulté en ligne sur le site suivant : [\[http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2008010/article/10730-fra.htm\]](http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2008010/article/10730-fra.htm).

MARTIN, ÉRIC. « Les interventions policières en lien avec la consommation de drogue », *Intersection* (édition spéciale), n° 32, juin 2011, p. 9-13. Consulté en ligne sur le site suivant : [\[http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/police_au_quebec/revue_intersection/intersection_2011_no32.pdf\]](http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/police_au_quebec/revue_intersection/intersection_2011_no32.pdf).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Document d'accompagnement à l'utilisation du dépliant Chacun son kit, une idée fixe*. Québec, 2003. Consulté en ligne sur le site suivant : [\[http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/03-305-02.pdf\]](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/03-305-02.pdf).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE – COMITÉ SANTÉ ET SÉCURITÉ PUBLIQUES À L'ÉGARD DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DES ITSS/UDI, *Plan de travail 2011-2012*, 2012, 5 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues*, rapport du Comité-conseil sur la prévention du VIH et du VHC chez les personnes utilisatrices de drogues, Montréal, 2009, 62 p. Consulté en ligne sur le site suivant : [\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/bf10454c8ac042cd8525777b005eeec0?OpenDocument\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/bf10454c8ac042cd8525777b005eeec0?OpenDocument).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le programme national de santé publique 2003-2012. Mise à jour 2008*, Québec, 2008, 103 p. Consulté en ligne sur le site suivant : [\[http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf\]](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'épidémie silencieuse. Les infections transmissibles sexuellement et par le sang, Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*. Québec, 2010, 80 p. Consulté en ligne sur le site suivant :

[<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-228-02.pdf>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Unis dans l'action. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-services dépendances. Offre de service 2007-2012*, Québec, 2007, 58 p. Consulté en ligne sur le site suivant :

[<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/e28c06f27a4b61138525739b005d2eb2?OpenDocument>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Balises pour les établissements de santé et de services sociaux et les organismes communautaires désirant offrir des services d'injection supervisée aux personnes qui font usage de drogues par injection*, Montréal, 2013. 10 p. Consulté en ligne sur le site suivant :

[<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/5d9c614e81b5675e85257b58005b14cd?OpenDocument>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Droits et recours des personnes mises sous garde. Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec, 2013, 2 p. Consulté en ligne sur le site suivant :

[<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-914-08F.pdf>].

NEW SOUTH WALES DEPARTMENT OF HEALTH, 2013, 25 p. *NSW Needle and Syringe Program Guideline, 2013*. Consulté en ligne sur le site suivant :

[http://www0.health.nsw.gov.au/policies/gl/2013/pdf/GL2013_007.pdf].

NOËL, LINA *et al.* *Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée. Analyse critique de la littérature*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2009, 103 p. Consulté en ligne sur le site suivant :

[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/962_PertinenceInjecSupervisee.pdf].

NOËL, LINA *et al.* *Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) auprès des personnes UDI au Québec. Avril 2011 à mars 2012*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2013, 18 p.

NOËL, LINA *et al.* *Partenariat entre les services de police et les programmes d'échange de seringues : les enjeux de l'action intersectorielle*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2013, 115 p. Consulté en ligne sur le site suivant :

[http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/1600_PartenaireServPoliceProgEchangeSering_EnjeuxActionIntersec.pdf].

NOLLETTE, DEANNA. *Law-enforcement-assisted diversion : a new and alternative approach to arresting drug users/sellers using harm reduction*, 23rd Harm Reduction International Conference, # 331, Vilnius, Lithuanie, 11 juin 2013.

PEELE, STANTON. *L'expérience de l'assuétude*. Presses de l'université de Montréal, Montréal, 1977, 59 p.

RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA. *Interdiction d'accès : les pratiques policières et le risque de VIH pour les personnes qui utilisent des drogues*, Toronto, mars 2007, 28 p. Consulté en ligne sur le site suivant :

[<http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocFR.php?ref=716>].

RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, CENTRE FOR ADDICTIONS RESEARCH OF BC et CENTRE FOR APPLIED RESEARCH IN MENTAL HEALTH AND ADDICTION. « *Bombe virale à retardement* » : *Les défis de santé et de droits humains de la riposte à l'hépatite C au Canada*, Toronto, 2008 (traduction française : 2012), 24 p. Consulté en ligne sur le site suivant :

[<http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocFR.php?ref=1289>].

RIGAUD, BENOÎT *et al.* *L'État québécois en perspective. Le rôle de l'État dans la dispensation de services de santé*, Québec, Observatoire de l'administration publique, 2006, 40 p. Consulté en ligne sur le site suivant :

[<http://www.etatquebecois.enap.ca/etatquebecois/docs/pp/sante/a-pp-services-sante.pdf>].

SÉNÉCAL, GILLES *et al.* *Les effets de la concertation. Étude sur les Tables intersectorielles de quartier de Montréal*, Montréal, INRS, Centre – Urbanisation Culture Société, 2010, 141 p. Consulté en ligne sur le site suivant :

[http://www.centrelearoback.org/assets/PDF/04_activites/CLR-PUBCH_Senecal_EffConcEtuTables2010.pdf].

SERVICE DE POLICE DE LA VILLE DE VANCOUVER. *Vancouver Police Department's Drug Policy*, Vancouver, 10 p. Consulté en ligne sur le site suivant :

[<http://vancouver.ca/police/assets/pdf/reports-policies/vpd-policy-drug.pdf>].

STRIKE, CAROL *et al.* *Les programmes d'échange de seringues en Ontario : recommandations de pratiques exemplaires*, Toronto, Comité ontarien de coordination de l'échange de seringues, 2006, 292 p. Consulté en ligne sur le site suivant : [\[http://www.ohrdp.ca/wp-content/uploads/pdf/Pratiques_Exemplaires.pdf\]](http://www.ohrdp.ca/wp-content/uploads/pdf/Pratiques_Exemplaires.pdf).

ZELITCHENKO ALEXANDER. *The key population for the key populations: Law Enforcement and Harm Reduction Network. - advocacy to the police.* 23rd Harm Reduction International Conference, # 349, Vilnius, Lithuanie, 11 juin 2013.

ZOSEL, THOMAS. *Model for cooperation between organisations and police to address drug related problems: so called 'Frankfurt Way'*, 23rd Harm Reduction International Conference, # 381, Vilnius, Lithuanie, 11 juin 2013.

Annexe 1

Liste des personnes consultées

Kristelle Alunni-Menichini, étudiante, Université de Montréal
Serge Asselin, Centre de santé et de services sociaux de Laval
Gilles Beauregard, Spectre de rue, Montréal
Kathleen Bélanger, Pikatemps, CSSS de la Vallée-de-l'Or, Val-d'Or
Pierre Berthelot, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, Québec
Philippe Bertschy, Police cantonale de Genève, Suisse
Guy Boisvert, OASIS, Laval
Patrice Boudreault, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec
Serges Bruneau, Centre International pour la prévention de la criminalité, Montréal
Isabelle Cornet, Pikatemps, CSSS de la Vallée-de-l'Or, Val-d'Or
Francis Cossette, Service de police de la Ville de Québec
Stéphanie Dupré, Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance, Montréal
Pierre Frappier, Association québécoise de promotion de la santé des usagers de drogues, Québec
Mario Gagnon, Point de Repères, Québec
Danielle Gélinas, Agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Rouyn-Noranda
Karine Girard, Association québécoise de promotion de la santé des usagers de drogues, Québec
Any Gravel, poste de quartier 21, Service de police de la Ville de Montréal
Donald Jackson, Association québécoise de promotion de la santé des usagers de drogues, Montréal
Christelle Aïcha Kom Mogto, Agence de santé et de services sociaux de l'Outaouais, Gatineau
Ann Lalumière, Plein Milieu, Montréal
Annie Larouche, Agence de santé et de services sociaux de Montréal
Jenny Ingrid Lebounga Vouma, Agence de santé et de services sociaux de Montréal
Jean François Legault, Pikatemps, Travail de rue Jeunesse-emploi, Val-d'Or
Martin Métivier, Service de police, Ville de Laval
Geneviève Noël, poste de quartier 22, Service de police de la Ville de Montréal
Lina Noël, Institut national de santé publique du Québec, Québec
Martin Pagé, Dopamine, Montréal
Robert Paris, Pact de Rue, Montréal
Josef Picka, Service de police de la Ville de Québec
Jeanne Pothier, OASIS, Laval
Guy Riendeau, Service de police de la Ville de Québec
André Roy, Association québécoise de promotion de la santé des usagers de drogues, Montréal
Marc Salmon, poste de quartier 23, Service de police de la Ville de Montréal
Sylvie Simoneau, Sûreté du Québec, Val-d'Or
Carmen Trottier, Association des intervenants en toxicomanie du Québec, Longueuil
Sandhia Vadlamudy, Cactus, Montréal
François Vanvliet, Association québécoise de promotion de la santé des usagers de drogues, Montréal

Annexe 2

Le jugement de la Cour suprême du Canada concernant l'organisme *Insite*, de Vancouver

En septembre 2011, la Cour suprême du Canada a conclu que le service d'injection supervisée (SIS) d'*Insite* avait sauvé des vies et amélioré la santé des personnes bénéficiant de ce service. La Cour en est arrivée à cette conclusion après avoir examiné en détail les dispositions qui régissent les activités de cet organisme et les preuves selon lesquelles la mise en place d'un service d'injection supervisée n'avait aucunement augmenté l'incidence d'utilisation de drogues ou le nombre de crimes dans le voisinage du site. La Cour a appuyé son jugement sur l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés, qui stipule que les citoyens ont droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de leur personne. La Cour a de plus affirmé que, conformément aux pouvoirs constitutionnels de la province en matière de services de santé, celle-ci possède l'autorité nécessaire pour permettre la mise sur pied et l'exploitation d'un SIS dans un organisme comme *Insite*.

Pour ce faire, toutefois, le ministre fédéral de la Santé doit accorder une exemption dans le cadre de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances du Canada. À cet effet, la Cour a ordonné au ministre fédéral de la Santé d'accorder une exemption légale à *Insite* et l'a encouragé à trouver un équilibre entre la santé et la sécurité publique lorsqu'il aura à prendre des décisions en matière d'exemption dans le futur. Bien que ce jugement s'applique à *Insite*, la Cour a donné des indications sur les facteurs à prendre en compte pour rendre une décision relativement à une exemption, advenant l'intérêt d'offrir des SIS ailleurs au Canada. Le paragraphe 153 de son jugement précise que :

« La Loi accorde au ministre le pouvoir discrétionnaire de décider s'il faut accorder ou non une exemption. Ce pouvoir discrétionnaire doit être exercé en conformité avec la Charte. Le ministre doit donc se demander si le refus d'une exemption porterait atteinte aux droits à la vie et à la sécurité des personnes autrement qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale. Les facteurs pris en compte pour rendre une décision relativement à une exemption doivent comprendre la preuve, si preuve il y a, concernant l'incidence d'un tel centre sur le taux de criminalité, les conditions locales indiquant qu'un centre d'injection supervisée répond à un besoin, la structure réglementaire en place permettant d'encadrer le centre, les ressources disponibles pour voir à l'entretien du centre et les expressions d'appui ou d'opposition de la communauté. »

Annexe 3

Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée

Analyse critique de la littérature

Institut national de santé publique du Québec

Contexte de l'avis – Envisagés depuis plusieurs années, les services d'injection supervisée (SIS) ont été formellement inscrits au Programme national de santé publique du Québec (PNSP) en 2008. Bien que plusieurs autres objectifs soient visés par la mise en place de cette mesure, elle s'ajoute plus spécifiquement à celles proposées pour lutter contre les épidémies de VIH et de VHC chez les personnes faisant usage de drogues par injection (UDI). Certaines questions ayant été soulevées entourant les résultats des études portant sur les effets des SIS, l'INSPQ a pris l'initiative de procéder à une analyse critique des recherches effectuées.

Objectifs de l'avis – L'avis a pour objectif d'évaluer la pertinence de mettre en place des services d'injection supervisée au Québec. Il est fondé sur une analyse critique des recherches scientifiques réalisées à ce jour à propos de leurs effets et sur une revue de la littérature concernant les enjeux éthiques et juridiques ainsi que l'acceptabilité et les aspects opérationnels relatifs aux SIS.

Enjeux éthiques – Devant l'impossibilité à prévenir de nombreux problèmes de santé via les approches traditionnelles (prohibition, traitement), l'approche de réduction des méfaits dans laquelle s'inscrivent les SIS vise à diminuer les torts causés par la consommation de drogues en s'appuyant sur la tolérance de la population et des professionnels envers des comportements jugés socialement déviants. La réduction des méfaits respecte le principe éthique de non-malfaisance. En effet, et comme la revue de littérature le laisse voir, les SIS sont une des mesures qui modifient les conditions particulièrement risquées dans lesquelles se déroule l'injection de drogues et, à cet égard, respectent les enjeux éthiques de santé publique.

Acceptabilité des SIS – L'implantation des services d'injection supervisée dans d'autres pays ne s'est pas toujours fait sans susciter certaines appréhensions chez divers corps professionnels, groupes de marchands, résidents et travailleurs des secteurs immédiats, et même chez certaines personnes faisant usage de drogues par injection (qui craignaient que ces mesures deviennent des outils de contrôle accru sur elles). Par contre, il est notable que les craintes face à ces services semblent s'être atténuées avec le temps dans la plupart des villes où ils ont été implantés. Les usagers semblent s'être appropriés les services et apprécier le contexte sécuritaire qu'ils offrent. Les résidents et commerçants des secteurs limitrophes souhaitent être moins confrontés à la scène de personnes s'injectant dans leur milieu de vie et de travail. Des groupes de professionnels dont des médecins, les infirmières, des intervenants en toxicomanie et prévention du VIH et des hépatites, ainsi que des corps policiers les voient de moins en moins comme contradictoires à leurs mandats.

Enjeux légaux – Les conventions internationales sur les drogues n’interdisent pas la mise en œuvre de SIS. Par ailleurs, ces conventions sont assujetties au droit interne des pays signataires, ce qui a son importance au vu de la jurisprudence eu égard aux SIS au Canada, car celle-ci implique les droits à la vie, la sécurité et la liberté de la personne qui sont protégés par la Charte canadienne des droits et libertés (ci-après la Charte).

Au Canada, l’application de la loi en matière de SIS est variable. En effet, deux services d’injection supervisée opèrent présentement à Vancouver, en Colombie-Britannique. Les deux reçoivent le soutien financier de l’agence régionale de santé, mais l’application de la LCDAS à leurs égards respectifs est différente. Le SIS de la clinique médicale

Dr Peter Center fonctionne depuis 2002 sans autorisation légale et n’est pas inquiété par les agents d’application de la loi. Pour ce qui est de Insite, des recours légaux ont été entrepris pour s’assurer que l’opération du service ne soit pas interrompue par la fin de l’exemption accordée en vertu de l’article 56 de la LCDAS. Ces recours ont entraîné en juin 2008 en une abolition de la nécessité d’obtenir cette exemption.

La Cour suprême de la Colombie-Britannique a jugé que les articles de Loi, pour lesquelles l’obtention d’une exemption était nécessaire, enfreignaient le droit à la vie, à la sécurité et à la liberté de la personne protégé par la Charte et les a déclarés inconstitutionnels. Le gouvernement fédéral a porté cette décision en appel devant la Cour d’appel de la Colombie-Britannique. Le jugement doit être rendu au plus tard en juillet 2009.

Tenant compte du contexte légal décrit, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pourrait décider d’aller de l’avant dans sa volonté d’implanter les activités sur les services d’injection supervisée inscrites dans le PNSP. Sur le plan légal, la situation des SIS est analogue à celle des programmes d’échange de seringues, implantés il y a une vingtaine d’années au Québec. En effet, et comme cela a été le cas pour la mise en place du SIS du Dr Peter Center de Vancouver, les autorités de santé publique du Québec n’ont jamais obtenu d’exemption légale pour mettre en place les programmes d’échange de seringues même si, techniquement, une telle exemption avait pu être considérée.

Par ailleurs, la jurisprudence canadienne établie jusqu’à maintenant a conclu qu’il n’était pas nécessaire d’obtenir une exemption en vertu de l’article 56 de la LCDAS pour opérer un SIS. Les articles de loi interdisant la possession et le trafic ont été jugés contraires aux droits à la vie et à la sécurité garantis par la Charte. Aussi, il n’y a pas de raison apparente pour que la situation d’un SIS au Québec soit différente de celle d’un SIS situé en Colombie-Britannique.

À cet égard, le jugement qui sera rendu sous peu par la Cour d’appel de la Colombie-Britannique devrait être suivi attentivement. Ce suivi est d’autant plus important que le jugement légal portera également sur la question des compétences provinciales en matière de soins et services de santé.

Analyse des effets des SIS – Les résultats des évaluations scientifiques portant sur les effets de ces services sur la santé des usagers (ou sur certains marqueurs intermédiaires) ou sur l'ordre public montrent qu'ils sont soit positifs, soit neutres. Les recherches sur les SIS portent sur cinq objectifs, soit :

1) Rejoindre les populations vulnérables – Les évaluations ont montré que les services rejoignent bien les populations le plus à risque de morbidité et de mortalité et leur permettent d'obtenir des services de santé primaires (dépistage des ITSS, vaccination et traitement des infections) et des références à d'autres services de santé (traitement de la dépendance) qu'ils n'obtenaient pas auparavant.

2) Réduire la mortalité par surdoses – Les recherches ont montré qu'aucune surdose mortelle n'est survenue dans les services d'injection supervisée. De plus, la prise en charge des personnes en situation de surdose ou de convulsion directement au SIS réduit la pression sur les services d'urgence des hôpitaux.

3) Réduire les risques de santé – Les recherches laissent voir que les SIS réduisent les risques de santé liés à l'utilisation de drogues par injection. La création d'environnements sécuritaires pour l'injection favorise celle-ci dans de meilleures conditions hygiéniques. L'enseignement sur les pratiques d'injection favorise l'adoption de comportements sécuritaires et ces changements semblent se prolonger dans la communauté.

4) Réduire les nuisances dans les lieux publics – Les évaluations scientifiques récentes sur les SIS ont montré qu'il n'y avait pas eu d'effets négatifs sur l'ordre public. Les études ne montrent pas d'accroissement de la criminalité dans les environs des services ni de déplacement des patrons de criminalité dans les villes. Ces études ont aussi montré que la présence de SIS n'a pas eu pour conséquence d'augmenter le volume de matériel d'injection rejeté dans les environs des services, mais plutôt de diminuer l'injection en public et les rebuts laissés dans les espaces urbains.

5) Stabiliser l'état de santé des personnes UDI – Les recherches ont aussi montré que les SIS permettent de stabiliser l'état de santé des personnes par une prise en charge des nombreux problèmes de santé. Dans bon nombre de SIS, les utilisateurs ont accès à des services de santé (vaccination contre les hépatites A et B, dépistage des infections transmises sexuellement, du VIH et du VHC, soins primaires) et à des services de traitement de la dépendance ou à de la référence vers ces services. Les études montrent aussi que les SIS favorisent l'entrée en désintoxication.

La validité et la fiabilité des études scientifiques sur les effets des SIS – La validité et la fiabilité des études scientifiques sur les effets des SIS sont considérées comme satisfaisantes. Autrement dit, il appert que les effets neutres ou positifs mesurés jusqu'à maintenant sont scientifiquement valides et fiables. Les recherches en cours ou à venir sur les SIS devraient permettre de voir comment les effets à court terme objectivés jusqu'à maintenant évoluent dans le temps.

Pour accroître la validité et la fiabilité des recherches sur les effets des SIS, il serait par ailleurs intéressant que de futures évaluations prennent pour objet les effets des SIS dans leurs interactions avec les autres services de réduction des méfaits offerts simultanément ou avec les autres politiques publiques qui peuvent influencer les indicateurs de l'ordre public ou de la santé publique. Le développement d'une offre de services plus étendue et d'un programme de recherche à leurs propos permettrait de saisir les effets des SIS à une échelle populationnelle.

Analyse des coûts des SIS – Les analyses coûts/efficacité et coût-bénéfice réalisées à Vancouver et Sydney montrent des avantages à l'implantation de tels services. Même en utilisant des modèles conservateurs, les analyses laissent voir des gains financiers à l'implantation de ces services puisqu'ils réduisent le fardeau financier de la maladie et les pressions sur le système de soins, plus particulièrement sur les urgences qui sont la porte d'entrée pour les surdoses, les troubles psychiques et des infections sévères liées à l'usage de drogues.

Conclusions – Il convient d'être raisonnable dans les attentes manifestées à l'égard de ces services. L'on ne peut s'attendre à ce qu'ils constituent une réponse à tous les problèmes de santé et d'ordre public liés à l'injection et à la consommation de drogues. Les services d'injection supervisée présentent néanmoins plusieurs bénéfices pour la santé des personnes UDI, et à court terme dans bon nombre de cas. Ils constituent des réponses pragmatiques, humanistes et innovatrices face à certains problèmes auxquels les approches traditionnelles (prohibition, traitement) et même les services de réduction des méfaits actuels n'ont pas fourni de solutions. De plus, aucun effet négatif sur la santé n'a été documenté dans les recherches scientifiques menées à ce jour.

Pour le Québec, les gains financiers associés à cette mesure seraient d'autant plus importants que les SIS permettent de canaliser des clientèles qui consultent souvent à répétition dans les urgences. Ces services ont aussi la capacité d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services aux clientèles vulnérables en mobilisant peu de ressources du réseau de la santé et en comptant sur la collaboration des organismes communautaires en prévention auprès des usagers de drogues par injection.

Recommandations – Le groupe de travail émet une série de recommandations qui prônent une ouverture à l'égard des groupes qui souhaitent offrir ce service aux personnes qui font usage de drogues par injection à qui ils offrent déjà certains services sociaux et de santé.

Enjeux d'organisation des services

Nous recommandons que des services d'injection supervisée soient accessibles dans des organismes communautaires dédiés à la prévention auprès des personnes faisant usage de drogues par injection ou dans des établissements du réseau de la santé.

Nous recommandons qu'une procédure d'inscription des usagers des services d'injection supervisée soit développée dans le respect de la confidentialité et de la protection des renseignements personnels en tout temps.

Enjeux d'ordre public

Nous recommandons que les autorités policières et autres autorités publiques des agglomérations de Québec et de Montréal ou toute autre ville concernée par l'implantation d'un SIS soient d'emblée impliquées dans la planification et la mise en oeuvre des services d'injection supervisée.

Nous recommandons la création de comités multipartites (sécurité publique, municipalité, citoyen, santé publique, marchands et autres si nécessaire) pour favoriser le maintien d'environnements favorables à la prévention dans les secteurs où s'implanteront des SIS.

Nous recommandons que les agences régionales de santé et des services sociaux s'assurent d'offrir des services de réduction des méfaits dans l'ensemble de leurs territoires respectifs.

Enjeux légaux

Nous recommandons que le MSSS encourage les organisations souhaitant mettre en oeuvre un SIS à rechercher le soutien des autorités municipales, des services policiers et des autorités de santé publique des villes concernées, afin de les mettre en opération le plus rapidement possible.

En l'absence de soutien de la part des services policiers, nous recommandons que le MSSS envisage la possibilité de participer à des demandes d'injonctions légales avec les organisations maîtres d'oeuvre pour opérer les services en se fondant sur la jurisprudence établie dans le cas de Insite, à Vancouver.

Nous recommandons que le MSSS appuie les demandes d'exemption à l'article 56 de la LCDAS des organisations maître d'oeuvre si ces demandes sont jugées nécessaires par les organisations concernées, et qu'il incite ces organisations à faire ces demandes en les justifiant sur la base de raisons d'ordre médical et d'intérêt public (et non de projet de recherche).

Évaluation – Recherche

Nous recommandons le développement d'un cadre de référence pour la surveillance et l'évaluation des SIS. Ce dernier devrait s'inscrire dans l'axe 4 du plan d'action interministériel en toxicomanie, s'inspirer des lignes directrices internationales pour l'évaluation des services en dépendance et des indicateurs du Tableau 2 du présent document, afin de favoriser une intégration de l'ensemble des données nécessaires au suivi et à l'amélioration de ces services.

Par ailleurs, même si la mise en oeuvre des services d'injection supervisée ne devrait pas reposer sur des raisons d'ordre scientifique, mais plutôt sur des raisons d'ordre médical, nous recommandons de promouvoir des recherches visant à documenter le contexte particulier du Québec où les SIS seront dédiés à la supervision de personnes faisant principalement usage de cocaïne.

Annexe 4

Politique sur les drogues du Service de police de Vancouver¹

Introduction

Le Service de police de Vancouver (SPV) a adopté au fil des ans des positions progressistes quant à la problématique de l'usage des drogues mais, jusqu'à récemment, ni la direction du SPV, ni ses gestionnaires, ni ses membres, ni la Commission de police, ni la Ville de Vancouver, ni le public n'avaient accès à une politique globale du service de police de cette ville sur les drogues.

Vancouver est reconnue au niveau national comme une ville qui a particulièrement examiné les enjeux des politiques sur les drogues. Elle a expérimenté différentes approches qui ont été largement débattues et évaluées.

Alors que les policiers font face à la problématique de l'usage des drogues quotidiennement, le SPV a jugé nécessaire d'adopter une politique sur les drogues et d'établir un processus de révision continue de cette politique.

Pour rédiger cette politique, le SPV a consulté divers décideurs et s'est inspiré d'un certain nombre de positions, d'avis et de visions. Il s'est aussi appuyé sur sa mission et sur sa propre vision. Voici les principales sources d'inspiration du SVP :

- sa propre vision, puisque le SPV se doit d'être un « chef de file au Canada dans le maintien de l'ordre et de la sécurité pour tous », et sa mission, qui consiste à « préserver la confiance du public en voyant au maintien de l'ordre public, à la défense de la primauté du droit et à la prévention de la criminalité ». Dans le présent document, la vision et la mission du SPV ont été réunies en une mission fondamentale axée sur la sécurité publique et visant à « diminuer la criminalité, à réduire la peur qu'elle engendre, à protéger les personnes vulnérables et à créer des collectivités sécuritaires pour tous ». Les positions du SPV exprimées dans sa politique sur les drogues sont conformes à sa vision et à sa mission ;
- les positions de l'Association canadienne des chefs de police (ACCP) en matière de drogues, pour laquelle « les drogues illicites sont dangereuses », ce qui est conforme à la Politique du SPV ;
- la vision nationale plus large du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) exprimée dans son rapport intitulé *Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada – Répondre à l'appel*. Cette vision, selon laquelle « toutes les personnes au Canada devraient vivre dans

1. Le Comité santé et sécurité publiques à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI a procédé à la traduction de la Politique de lutte contre la drogue du Service de police de Vancouver, accessible (en anglais) à : [\[http://vancouver.ca/police/assets/pdf/reports-policies/vpd-policy-drug.pdf\]](http://vancouver.ca/police/assets/pdf/reports-policies/vpd-policy-drug.pdf). Le Service de police de Vancouver n'a aucunement participé à la traduction de ce document et ne garantit ni n'affirme en aucune sorte son exactitude.

une société exempte des méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances », reconnaît que des méfaits sont associés à l'abus d'alcool ou d'autres drogues. Les positions du SPV exprimées dans sa politique sur les drogues sont conformes à la vision du CCLAT et à son message d'espoir ;

- les conclusions tirées des consultations internes et des travaux des groupes de discussion auxquels ont participé la direction et des gestionnaires clés du SPV, qui ont développé une expertise quant aux enjeux liés aux politiques sur les drogues ;
- la politique du SPV tient également compte de l'avis de ses policiers de première ligne travaillant dans le secteur des opérations et à la section antidrogue. Dans une certaine mesure, une politique sur les drogues, quelle que soit l'organisation ou la personne qui en est à l'origine, est basée sur des valeurs et des convictions. La position du SPV résulte des expériences vécues par ses policiers, qui sont régulièrement témoins des méfaits de la consommation abusive de drogues. En tant qu'êtres humains, les policiers ne peuvent qu'être touchés par les tragédies vécues par les consommateurs de drogues, leurs proches, les victimes de la criminalité qui en résulte et le public, qui craignent tous le cycle de la criminalité, de la violence et des divers problèmes liés à l'abus de drogues. Ces expériences et les perspectives qu'elles ouvrent apportent une contribution importante au débat qui entoure l'abus de drogues dans notre société ;
- l'avis de la Commission de police de Vancouver, après consultation et approbation.

Objectif

La Politique sur les drogues se veut un guide qui permettra d'encadrer positivement les interventions quotidiennes des policiers de Vancouver dans l'application discrétionnaire de la loi et d'autres sanctions relatives à l'usage dommageable de substances psychoactives ainsi qu'à leur possession. Ce document servira aussi à clarifier auprès d'autres intervenants la raison d'être des interventions policières au regard de l'usage de drogues à Vancouver, ainsi que la relation particulière entre la mission du SVP, axée sur la sécurité publique, et sa politique sur les drogues.

Perspectives

La problématique de l'abus de drogues ainsi que les politiques et les stratégies qui s'y rattachent évoluent constamment. Le SPV a la volonté de réexaminer continuellement sa politique sur les drogues ainsi que les actions qu'il entreprend et les projets qu'il met en place ou pour lesquels il agit en partenariat. Une telle évaluation lui assure que sa politique demeure adéquate. De plus, le SPV a mandaté un gestionnaire pour qu'il assure la coordination de la Politique sur les drogues.

Le SPV joue un rôle important dans le développement de milieux de vie sains, sécuritaires et dynamiques. Le SPV est un chef de file dans la communauté. Sa position publique doit donc être claire à propos de la consommation abusive de substances psychoactives et il doit posséder une politique sur les drogues dont les citoyens et les intervenants puissent prendre connaissance et

qu'ils puissent critiquer et discuter. Le SPV est et restera ouvert au dialogue sur ce problème complexe et évolutif de l'usage de drogues dans le but de favoriser un environnement plus sécuritaire pour sa communauté.

Distinctions terminologiques

Substance psychoactive et drogue

Dans le présent document, la dénomination « substance psychoactive » sera utilisée plutôt que le terme générique « drogue ». L'appellation « substance psychoactive » est plus contemporaine et utilisée couramment par plusieurs intervenants du milieu. Elle est employée notamment dans le rapport de la Ville de Vancouver intitulé *Preventing Harm from Psychoactive Substance Use* (« Prévenir les méfaits liés à l'usage de substances psychoactives² ») ainsi que dans le rapport du CCLAT intitulé *Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada*.

Une substance psychoactive peut être définie comme suit : toute substance, légale ou illégale, causant des comportements nuisibles pour l'ensemble de la collectivité. Dans le contexte du maintien de l'ordre, les membres du SPV s'occupent avant tout des comportements négatifs qui découlent de l'abus de ces substances et de leurs répercussions sur la sécurité et l'ordre publics. Le SPV a une responsabilité quant à la sécurité de la communauté et il se doit d'établir une politique sur les drogues pour faire face aux problèmes qui y sont associés.

Consommation abusive et consommation

Le terme « consommation abusive » est utilisé sciemment dans le présent document. Il faut se rappeler que les campagnes de prévention, par exemple sur l'abandon du tabagisme et sur l'alcool au volant, ont réussi à faire changer les attitudes sociales et les comportements. Les comportements indésirables ont été définis, jugés et stigmatisés, et les personnes ayant de tels comportements ont connu le même sort. Du point de vue de la gestion de cas individuels, cela peut paraître injustifié. Mais du point de vue de la sécurité publique, la stigmatisation d'un comportement négatif peut être vue comme un moyen légitime de dissuader certaines personnes, en particulier les jeunes, généralement plus influençables, d'adopter ces comportements. Voilà pourquoi nous choisissons le terme « consommation abusive » pour ce contexte, par opposition au terme plus neutre et moins péjoratif de « consommation problématique ». Le SPV est ouvert à la discussion sur ce point, mais les questions de sémantique ne doivent pas nous empêcher d'aller au cœur du problème et de passer à l'action.

Politique sur les drogues du SPV : le modèle des quatre piliers

La Politique sur les drogues du SPV est fondée sur la stratégie des quatre piliers : prévention, application de la loi, réduction des méfaits et traitement.

2. Document non disponible en français.

Le concept des quatre piliers a été utilisé pour la première fois en Suisse et en Allemagne pour combattre un problème de consommation de drogues grandissant. En mai 2001, la Ville de Vancouver a adopté la stratégie des quatre piliers en guise de politique pour faire face au problème croissant d'usage de drogues et aux scènes de consommation en plein air dans la ville. Plusieurs partenaires, à tous les niveaux de gouvernement, y compris le SPV, contribuent à coordonner et à mettre en œuvre la politique de la Ville de Vancouver. Pour en savoir plus sur la stratégie sur les drogues des quatre piliers de la Ville de Vancouver, visitez le site suivant : [\[www.vancouver.ca/fourpillars\]](http://www.vancouver.ca/fourpillars).

Dans le cadre de la stratégie sur les drogues des quatre piliers de la Ville de Vancouver, le SPV est reconnu comme principal responsable du pilier de l'« application de la loi ». Toutefois, dans les faits, le SPV se préoccupe de chacun des quatre piliers dans sa propre politique sur les drogues. Nous sommes d'avis que le modèle des quatre piliers devrait comprendre un continuum équilibré de pratiques réparties également dans chaque pilier et appuyées par des projets et des programmes, selon les besoins.

Discussion

Selon le SPV, le terme « pilier » peut évoquer l'idée d'efforts individuels compartimentés et non coordonnés. Depuis son adoption dans la politique de la Ville de Vancouver, le modèle des quatre piliers a suscité un débat public qui donne l'impression qu'un pilier reçoit visiblement plus d'attention et de financement qu'un autre. Selon nous, ce débat et l'énergie qu'on y investit compromettent non seulement le processus général de lutte contre la consommation abusive de substances psychoactives dans notre société, mais aussi la qualité des relations de travail nécessaires pour soutenir le processus. Pour le SPV, tout programme conçu dans le cadre du modèle des quatre piliers doit être fondamentalement légal et conforme à l'éthique, doit prendre en considération les intérêts de l'ensemble de la collectivité et doit viser l'équilibre entre les intérêts de la société et ceux de l'individu. Le SPV participera à des programmes de lutte contre l'abus de substances psychoactives qui appuient sa mission dans le domaine de la sécurité publique : combattre la criminalité, réduire la peur qu'elle engendre, protéger les personnes vulnérables et créer des collectivités sécuritaires pour tous.

Prévention

Le SPV croit fermement que la prévention est le pilier le plus important, mais c'est à la prévention qu'on donne le moins d'importance, et que l'on consacre le moins de ressources à l'heure actuelle. Il est permis de croire que, si le pilier de la prévention donne des résultats, nous aurons moins besoin des autres piliers.

Discussion

Des membres du SPV de tous les niveaux et de tous les secteurs de l'organisation ont exprimé avec beaucoup d'enthousiasme leur appui à la prévention et à l'éducation. Le thème général de la prévention devrait être de décourager la consommation abusive de substances psychoactives.

Le manque relatif de ressources et d'efforts axés sur des stratégies en matière de prévention et d'éducation à grande échelle et adaptées selon l'âge est l'une des préoccupations du SPV. L'éducation dans le système scolaire public est primordiale. Le SPV est optimiste en ce qui concerne son partenariat actuel avec la Vancouver Coastal Health Authority (agence de la santé de Vancouver), la commission scolaire de Vancouver, le Centre de recherche sur les toxicomanies de la Colombie-Britannique, la Ville de Vancouver et l'Université de la Colombie-Britannique pour un projet pilote de sensibilisation sur l'alcool et les drogues dans les écoles de Vancouver, prévu pour l'automne 2006. Désireux de participer à quelque stratégie de prévention que ce soit en temps opportun, le SPV reconnaît qu'il apportera son soutien à toute initiative qui sera prise en ce sens.

Le pilier de la prévention appuie la mission en matière de sécurité publique du SPV en ce qu'il réduira le nombre de personnes qui font abus de psychotropes dans notre communauté. Diminuer l'abus de substances psychoactives réduira le nombre d'incidents ayant des répercussions négatives (activités criminelles ou répréhensibles) pour les consommateurs, leurs proches et la communauté. En fin de compte, des stratégies préventives efficaces réduiront la criminalité et la peur qu'elle engendre et créeront des communautés plus sécuritaires.

Application de la loi

L'application de la loi demeure la principale fonction de la police parmi les quatre piliers de la stratégie sur les drogues de la Ville de Vancouver, mais la loi peut aussi être utilisée pour appuyer les programmes fondés sur les autres piliers. Le SPV continuera à cibler les revendeurs de rue et les petits trafiquants de même que les producteurs de substances psychoactives. Les lois contre la possession et l'usage illégal de substances psychoactives devraient être appliquées dans les circonstances où les utilisateurs ont des comportements qui entravent la jouissance et l'usage légal de la propriété publique ou privée ou qui troublent la paix publique. L'application de la loi sera spécifiquement axée sur les parcs et les cours d'école. Les enfants, en particulier, ne doivent pas être exposés aux comportements négatifs associés à l'abus de substance psychoactives. Le SPV travaillera en partenariat avec les écoles pour aborder ce problème. Cette recommandation sur l'application de la loi comprend également les incidents reliés à l'alcool.

Discussion

Les policiers du SPV disposent d'une marge discrétionnaire très large en matière d'intervention pour usage et possession de substances psychoactives sur le territoire de Vancouver. Cette marge s'applique à la saisie de substances, à l'arrestation et à l'inculpation des délinquants. Le SPV se fie au jugement professionnel de ses patrouilleurs de rue pour une application de la loi juste, équitable et conforme aux politiques et aux procédures du SPV. Plus que la possession illégale de la substance, c'est le comportement de la personne ou le contexte de la consommation abusive de substances psychoactives qui doit primer pour déterminer s'il doit y avoir inculpation. Nous ciblons les comportements qui entravent la jouissance et l'usage légal d'une installation ou d'un lieu public ou privé, ou qui troublent la paix publique et engendrent la peur chez les citoyens et au sein de la collectivité. Certains policiers d'ici ou d'ailleurs au pays

seront peut-être en désaccord, mais le SPV doit appliquer la loi d'une manière acceptable pour le public, pour la Couronne et pour la magistrature locale.

L'emploi de la formule « application de la loi » vient d'Europe, où le modèle des quatre piliers a d'ailleurs vu le jour. Dans le contexte canadien, particulièrement à Vancouver, le SPV est d'avis que l'application de la loi est un outil qui peut être utilisé pour appuyer l'ensemble de ses pratiques policières. Le SPV a fait preuve de souplesse et utilisé une marge discrétionnaire considérable pour appuyer les programmes de santé publique. Il a aussi lancé un certain nombre de programmes innovants à l'appui de la stratégie sur les drogues des quatre piliers à Vancouver. La section sur la réduction des méfaits qui suit en présente des exemples.

Dans le contexte de l'application de la loi, le trafic de rue demeure une priorité et nous ciblons tant le « trafiquant toxicomane » que le « trafiquant non toxicomane ». Le SPV ne distingue pas l'un de l'autre. Cependant, l'application de la loi est davantage orientée vers les trafiquants affichant un degré plus élevé d'organisation et de coordination. Elle cible aussi en priorité les comportements de ceux qui entravent la jouissance et l'usage légal d'une installation ou d'un lieu public ou privé, ou qui troublent la paix publique et engendrent la peur chez les citoyens et au sein de la collectivité.

Jusqu'ici, le SPV a toujours appliqué la loi avec beaucoup de réserve contre la « simple possession » de narcotiques et les infractions aux lois sur les alcools. Il n'y avait généralement inculpation pour possession que si la personne avait commis une infraction criminelle plus importante. En réaction aux plaintes de la collectivité, et aussi comme stratégie pour favoriser la paix publique, le SPV applique maintenant la loi en priorité contre la consommation abusive et la possession de substances psychoactives. Cette stratégie d'application de la loi est d'abord fondée sur le comportement de la personne qui possède ou consomme une substance psychoactive et sur le lieu où elle se trouve.

Elle est appliquée par exemple dans le secteur nord-est de Vancouver, qui comprend le Downtown Eastside :

- Malgré qu'ils aient eu accès à un centre d'injection supervisée (SIS), les utilisateurs de drogues intraveineuses continuaient à s'injecter des drogues publiquement et à jeter leurs seringues dans la ruelle autour du centre. Le SPV a avisé différents intervenants et utilisateurs que ce comportement ne serait plus toléré et que les contrevenants seraient inculpés. Les utilisateurs ont été avisés d'utiliser le centre, vu sa proximité. Cette nouvelle pratique visait aussi à appuyer les objectifs en matière de santé publique du centre d'injection supervisée en « encourageant » les utilisateurs de drogues à s'y rendre.
- Un autre exemple est l'application des lois sur la simple possession de narcotiques dans les cours d'école et les parcs. La possession et l'utilisation de substances psychoactives dans ces secteurs représentent un danger potentiel pour les citoyens, en particulier les enfants, et entravent la jouissance et l'usage légal de ces lieux par la collectivité. Ces comportements

compromettent aussi la paix publique et le sentiment de sécurité de la population. Les intervenants et utilisateurs ont aussi été consultés et avisés à ce sujet avant la mise en œuvre des nouvelles pratiques policières.

Chacune des nombreuses communautés distinctes de Vancouver a ses propres problèmes et ses propres profils de consommation abusive de substances psychoactives. La stratégie d'application de la loi vise non seulement le Downtown Eastside, mais aussi tous les autres quartiers de Vancouver. Les lois contre la possession et l'usage illégal de substances psychoactives seront appliquées dans les circonstances où les utilisateurs ont des comportements qui entravent la jouissance et l'usage légal de la propriété publique ou privée ou troublent la paix publique.

Les patrouilleurs du SPV peuvent utiliser cette stratégie comme guide pour équilibrer les pratiques auxquelles ils ont recours en vue d'appliquer la loi par un usage approprié de leur marge discrétionnaire. Cette stratégie appuie le volet notre mission consistant à réduire les perturbations de l'ordre public et à atténuer la peur engendrée parmi les citoyens par les comportements négatifs associés à l'abus de substances psychoactives. De plus, cette stratégie définit clairement les comportements attendus de la part des consommateurs. Enfin, tant pour le public que pour nos partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux, cette stratégie offre une image claire de la nature et de l'envergure des méthodes d'application de la loi attendues de la part des policiers de Vancouver.

Le SPV vise aussi les méthodes d'application de la loi ciblant l'infrastructure criminelle, dans le Downtown Eastside et ailleurs à Vancouver, qui appuie et maintient le cycle de la criminalité, de la violence, du désordre de même que la victimisation des citoyens les plus vulnérables de la société. Cette stratégie appuie le volet de notre mission consistant à réduire la criminalité, à réduire le désordre public, à protéger les personnes vulnérables et à créer des collectivités plus sécuritaires.

Dans le contexte de l'application de la loi, la mission du SPV eu égard au service public va de soi puisqu'il s'agit d'un service de police et d'une organisation de forces de l'ordre. L'adoption de nouvelles stratégies d'application de la loi respecte la mission du SPV et constitue une référence claire sur laquelle nos policiers peuvent compter pour remplir cette mission.

Réduction des méfaits

Le SPV appuie une vaste gamme de stratégies et de programmes de l'Agence de la santé de Vancouver et d'autres organisations ayant recours à l'approche dite de réduction des méfaits dans la société. Même s'il semble que le concept de réduction des méfaits ait été largement perçu comme uniquement associé aux pratiques en matière de santé publique, le concept renvoie pourtant à un contexte plus large qui comprend toutes les pratiques et tous les programmes qui visent à réduire les méfaits. Des programmes de réduction des méfaits sont nécessaires dans la mesure où les autres piliers (prévention, application de la loi et traitement) ont échoué.

Discussion

La réduction des méfaits est de loin le pilier le plus controversé de la stratégie des quatre piliers. Plusieurs disent qu'on devrait n'utiliser que trois piliers, la prévention, l'application de la loi et le traitement, puisque certains éléments de l'approche de réduction des méfaits trouvent leur place dans l'un ou l'autre de ces trois piliers.

Le SPV est réticent à amorcer un débat sur les pratiques dans le domaine de la santé publique, puisque son expertise est policière et non sanitaire. Fondamentalement, toute pratique de réduction des méfaits doit être légale. Le SPV appuie les objectifs en matière de santé publique des programmes d'échange de seringues et Santé Canada a confié un projet de recherche à ce sujet à un centre d'injection supervisée.

L'approche de réduction des méfaits est nécessaire pour appuyer les objectifs en matière de santé publique tels que la réduction des taux de transmission du VIH et des hépatites et la prévention des surdoses de drogue. Les interventions visant la réduction des méfaits devraient être des mesures transitoires permettant aux toxicomanes d'éviter de contracter des infections, de se blesser ou même de mourir avant d'avoir eu la chance d'avoir accès à un traitement et de s'en sortir.

Dans la pratique actuelle, il arrive que l'approche de réduction des méfaits réussisse d'abord chez l'utilisateur, mais que, sans qu'on l'ait prévu, elle cause plus de méfaits à long terme, ne permettant pas au toxicomane de sortir du cycle perpétuel de la dépendance. L'approche de réduction des méfaits doit être vue comme une mesure à court terme dans un continuum ayant pour but ultime de traiter la dépendance et d'y mettre fin. Le SPV reconnaît néanmoins qu'il existe un groupe relativement restreint d'utilisateurs véritablement incapables de profiter du traitement et pour qui des mesures de réduction des méfaits sont nécessaires pour une période indéterminée.

La mission du SPV au regard de la sécurité publique relève du pilier de la réduction des méfaits, qui a ici pour but le combat contre la criminalité et la peur qu'elle engendre, la réduction des troubles de l'ordre public et la protection des personnes vulnérables. Une valeur centrale de la pratique policière, soit la préservation et la protection de la vie, est aussi fortement associée à la réduction des méfaits. Plus le toxicomane est maintenu dans un cycle de dépendance sans que le traitement lui soit accessible, plus il est enclin à adopter des comportements négatifs néfastes pour lui-même, pour les autres citoyens et pour la collectivité en général. Ces comportements prennent la forme de crimes contre la propriété, de violence, de troubles de désordre public et entraînent de nombreux appels auxquels les policiers doivent répondre. Le SPV appuie les programmes de santé qui préservent et protègent la vie en prévenant la transmission d'infections et les surdoses mortelles. Cependant, plus la personne reste longtemps dans le cycle de la dépendance, plus elle est exposée.

La mission du SPV en matière de sécurité publique relativement à la réduction des méfaits est aussi rattachée à une pratique policière qui vise à créer l'équilibre entre le besoin d'accès à des

interventions de santé publique visant à réduire les méfaits liés à l'usage de substances psychotropes, comme l'échange de seringues et le centre d'injection supervisée tout en veillant à s'assurer que les comportements violents et d'autres activités illégales dans la rue demeurent tout de même sous contrôle. Cela rejoint aussi le volet de notre mission consistant à réduire la criminalité, à réduire la peur engendrée par la criminalité, à réduire le désordre public, à protéger les personnes vulnérables et à créer des communautés plus sécuritaires. On ne peut nier que l'application de la loi risque parfois d'avoir un effet négatif sur la mise en œuvre des interventions visant la réduction des méfaits sur la plan de la santé. Le SPV s'efforce de gérer et d'atténuer ces effets par la communication avec ses partenaires du domaine de la santé. Cependant, on ne peut éviter un certain conflit entre le besoin des personnes qui font abus de substances psychoactives, d'avoir accès à des programmes de réduction des méfaits et les droits des autres citoyens qui désirent simplement profiter d'espaces publics exempts de troubles et de criminalité.

Même si l'interprétation locale de l'approche de réduction des méfaits semble principalement associée aux programmes d'échange de seringues et au centre d'injection supervisée, le SPV a pris un certain nombre d'initiatives qui cadrent parfaitement avec l'approche de réduction des méfaits. Par exemple :

- Durant les années 1990, le vin de riz a causé la mort d'environ cent personnes par année. Cet alcool insidieux était vendu sans réglementation dans les dépanneurs. Le SPV fut le principal partenaire et conseiller dans la démarche qui a conduit à retirer le vin de riz de ces magasins pour le réserver aux établissements de vins et spiritueux de la province. Cette initiative a nettement réduit les méfaits causés par cet alcool dans la communauté et a contribué à protéger les personnes les plus vulnérables.
- Plus récemment, l'« Opération refuge » (Project Haven) a mis au jour certaines pratiques illégales et dommageables pour les usagers de drogues dans le secteur du logement. L'accès à un logement convenable répondant aux objectifs en matière de santé publique, dont font partie l'approche de réduction des méfaits et le traitement, cette initiative du SPV peut être considérée comme une mesure de réduction des méfaits.
- Autres exemples, la politique de gestion des cas de surdose et la chaîne téléphonique d'urgence informant les utilisateurs lorsque des mélanges potentiellement mortels de substances psychoactives sont en circulation.

Le point à retenir est que l'approche de réduction des méfaits ne doit pas être perçue comme relevant uniquement des services de santé. Lorsque la définition et les pratiques visant la réduction des méfaits ne couvrent qu'un petit nombre de programmes de santé, le pilier de la réduction des méfaits est ébranlé. Si sa définition élargie englobe tous les programmes (et toutes les organisations) qui réduisent les méfaits, ce pilier devient moins sujet à la controverse et aux critiques, mieux compris et plus acceptable.

Le simple besoin de réduire les méfaits signifie l'échec des autres piliers. Le fait qu'un nombre important de toxicomanes aient besoin de l'approche de réduction des méfaits démontre que la prévention, les méthodes éducatives et autres mesures en place pour dissuader la consommation abusive sont insuffisantes. Le nombre de consommateurs et la facilité d'accès aux substances psychoactives sont loin de démontrer l'efficacité du pilier de l'application de la loi lorsqu'il s'agit de réduire l'accessibilité de ces substances. Enfin, la nécessité pour le consommateur abusif de substances psychoactives de recourir aux programmes de réduction des méfaits indique que l'accessibilité à un traitement efficace capable de mettre fin au cycle de la dépendance est insuffisante.

Traitement

Le SPV appuie un traitement de l'abus de substances psychoactives accessible et immédiat, que ce soit à la demande d'adultes ou de jeunes. C'est une obligation pour l'ensemble de la société de fournir tous les outils et les ressources thérapeutiques nécessaires pour mettre fin à la dépendance aux substances psychoactives. En principe, le SPV appuie le plan de traitement proposé par l'Agence de la santé de Vancouver (Vancouver Coastal Health Authority) en 2003.

Discussion

Le pilier du traitement est aussi rattaché à la mission en matière de sécurité publique et aux valeurs du SPV exprimées tout au long du présent document. Lorsqu'il réussit, le traitement réduit le nombre de toxicomanes et, en conséquence, l'incidence de comportements associés à la dépendance nuisibles à la société et auxquels la police doit réagir. Sans aucun doute, plus le programme thérapeutique est complet et accessible, plus le toxicomane a de chances de sortir du cycle nuisible de la dépendance. Le traitement a sans contredit un meilleur rapport coût-efficacité que les investissements en arrestations et en emprisonnements consentis jusqu'ici, ou que les investissements relatifs aux services de santé d'urgence, aux hôpitaux et aux praticiens travaillant dans le champ de la réduction des méfaits, qui sont souvent mobilisés par les toxicomanes, mais qui ne réussissent pas à résoudre le problème central de la dépendance.

Le SPV appuie fortement les sanctions criminelles, notamment celles du Tribunal de la toxicomanie, qui encouragent et appliquent les programmes thérapeutiques. En fait, le modèle du Tribunal de la toxicomanie devrait être appliqué à tous les usagers de drogues qui ont une sentence d'emprisonnement différée s'ils participent à des programmes thérapeutiques. C'est là un exemple de cas où l'application de la loi peut contribuer au succès d'un autre pilier, le traitement, en plaçant une personne dans une situation où elle peut avoir accès au traitement dans un modèle structuré cautionné par le tribunal.

De plus, les programmes destinés aux toxicomanes qui sont détenus devraient faire l'objet de recherches en vue d'optimiser les pratiques, puis être pris en considération, par exemple, dans l'élaboration des programmes de traitement obligatoire comprenant des conditions sévères sur l'abstinence de substances psychoactives et des tests pour les contrevenants qui obtiennent une libération anticipée.

Le SPV a aussi dressé une longue liste de personnes dépendantes à des substances psychoactives qui sont des contrevenants chroniques. Ces personnes sont à l'origine d'une quantité disproportionnée de crimes contre la propriété à Vancouver. Une entente de travail doit être établie avec l'Agence de la santé de Vancouver pour accélérer le processus de prise en charge de ces individus par le volet thérapeutique issu du modèle du Tribunal de la toxicomanie. Un modèle de traitement obligatoire relevant du droit civil semblable à celui qui est à l'essai aux Pays-Bas devrait aussi faire l'objet de recherches et être pris en considération.

Un débat sur la question des modèles thérapeutiques les plus efficaces a cours actuellement dans le domaine de la santé. Ce débat oppose principalement les programmes d'abstinence et de non-abstinence de même que les traitements avec hébergement, les traitements ambulatoires et les programmes de traitement communautaires. Comme nous l'avons mentionné plus haut, le SPV est réticent à amorcer un tel débat, car son expertise est policière et non sanitaire ou thérapeutique. La contribution du SPV au dialogue est simplement d'affirmer qu'il faut une thérapie plus efficace, quelles qu'en soient les modalités, puisque cela appuie tant notre mission que nos valeurs et conduira à une communauté plus sécuritaire.

Conclusion

Le SPV joue un rôle déterminant dans l'établissement de communautés saines et dans le maintien de la sécurité et du dynamisme de la ville. Le SPV est reconnu comme chef de file et sa position publique doit être claire à propos de la consommation abusive de substances psychoactives. Il doit posséder sa propre politique sur les drogues, une politique dont les citoyens et les intervenants puissent prendre connaissance et qu'ils puissent critiquer et discuter. La Politique sur les drogues du SPV a pour but de fournir un point de repère pour sa direction, ses gestionnaires, ses policiers sur le terrain ainsi que pour les membres civils du SPV, la Commission de police, la Ville de Vancouver, les divers partenaires du SPV et le public.

Le SPV a été et continuera d'être un chef de file national en matière d'innovation, de mise en œuvre et d'évaluation de programmes complétant et appuyant l'approche des quatre piliers de la Ville de Vancouver.

Le dialogue en cours et à venir sur ce problème complexe et évolutif de la consommation abusive de substances psychoactives est grandement apprécié, puisque le SPV s'efforce toujours d'œuvrer en vue d'assurer une sécurité accrue à tous les membres de la communauté.

Annexe 5

Expériences québécoises de collaboration ou de concertation intersectorielle entre les milieux policier, de la santé et des services sociaux intervenant auprès des populations vulnérables

<i>Population ciblée</i>	<i>Initiative</i>	<i>Type de partenariat</i>	<i>Intervenants concernés</i>	<i>En vigueur ou en activité</i>
Personnes souffrant de problèmes de santé mentale	Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH) – Québec	Collaboration entre agents correctionnels, policiers et intervenants du milieu de la santé	Agents correctionnels, policiers, intervenants communautaires	Oui
	Programme d'accompagnement justice-santé mentale (PAJ-SM) – Montréal	Collaboration entre le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de la Justice et les initiateurs du programme.	Procureurs de la Couronne, avocats de l'aide juridique, juges, agents de probation, médecins omnipraticiens spécialisés en santé mentale, agents de liaison santé et de services sociaux, intervenants d'Urgence Psychosociale-Justice	Projet pilote en cours
	Équipe UPS – Justice	Collaboration entre policiers et intervenants sociaux	Intervenants ayant une formation en travail social, en soins infirmiers, en sexologie, en psychologie, en psychoéducation et en criminologie	Oui
	Division urgence sociale	Collaboration entre policiers et intervenants sociaux	Intervenantes sociales et auxiliaires sociales	Oui
Personnes en situation d'itinérance	Équipe de médiation urbaine (EMU) – Montréal	Collaboration entre policiers et membres du comité opérationnel	Médiateurs professionnels et bénévoles	Projet pilote en cours
	Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII)	Collaboration entre policiers et intervenants sociaux	Intervenants du CSSS Jeanne-Mance	Oui
	Dernier Recours – Montréal	Soutien apporté aux policiers		Fermé

<i>Population ciblée</i>	<i>Initiative</i>	<i>Type de partenariat</i>	<i>Intervenants concernés</i>	<i>En vigueur ou en activité</i>
	Service de dégrisement de la Maison de Lauberivière – Québec	Collaboration entre policiers et intervenants sociaux	Responsables de secteurs, intervenants, préposés	Fermé
Personnes souffrant d'une dépendance à la drogue	Projet NAOMI (North American Opiate Medication Initiative) – Montréal	Soutien apporté au comité-conseil par les policiers	Médecins, infirmières, intervenants psychosociaux	Étude terminée
	Méta d'Âme – Montréal	Concertation	Usagers et ex-usagers de méthadone (pairs aidants)	Oui
	Relais Méthadone – Montréal	Concertation	Infirmière coordonnatrice, infirmiers et infirmières, intervenants psychosociaux, travailleurs de milieu, médecins	Oui
Personnes ayant recours à des programmes d'échange de seringues (PÉS)	Cactus Montréal	Concertation	Travailleurs de rue	Oui
	Pikatemps – Val-d'Or	Concertation	Travailleurs de milieu	Oui
	Plein Milieu – Montréal	Concertation	Travailleurs de milieu	Oui
	Point de Repères – Québec	Concertation	Travailleurs de milieu	Oui
	Spectre de rue – Montréal	Concertation	Intervenants, infirmières, travailleurs de rue	Oui
Travailleurs et travailleuses du sexe	Projet Prostitution de rue – Montréal	Collaboration	Policiers, intervenants communautaires	Non

Adaptation d'un tableau tiré de : Noël, Lina *et al.* *Partenariat entre les services de police et les programmes d'échange de seringues : les enjeux de l'action intersectorielle*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2013, p. 68.

Annexe 6

Entente entre l'organisme Spectre de rue et le poste de quartier 22 du Service de police de la Ville Montréal

Depuis 2008, les travailleurs de milieu de Spectre de rue ont établi une bonne relation avec la direction et les effectifs du poste de quartier 22 du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM). Les deux parties se sont mises d'accord pour améliorer la communication, faciliter l'échange d'informations pertinentes et réduire les écarts entre leurs mandats respectifs. Chacun travaille avec son approche, mais les deux instances peuvent s'apporter du soutien, échanger de l'information et agir en complémentarité.

Dans cet ordre d'idées, voici quelques actions régulières ou ponctuelles, selon les besoins, qui illustrent bien le climat de collaboration entre Spectre de rue et les policiers :

- Présentations réciproques des grandes lignes d'action privilégiées par chacun pour mieux se connaître : mandat, approche utilisée, raisons qui motivent cette approche, activités liées aux réalités concrètes des milieux, difficultés éprouvées, solutions possibles, etc.
- Établissement d'un canal de communication afin d'éclaircir rapidement les situations engendrant de l'incompréhension.
- Échange d'informations pertinentes et d'expertise selon les besoins.
- Participation à des comités et à des tables de concertation en commun.
- Participation à des activités et à des projets en commun.
- Appels, échange de courriels, visites pour souligner les bons coups de l'autre, pour éclaircir une situation ou y trouver une solution convenant aux deux parties.
- Visites de courtoisie pour maintenir le contact et rester à jour dans nos réalités respectives.
- Participation à nos événements spéciaux respectifs (blitz de récupération de seringues, fêtes de quartier, lancements, etc.).

Ces quelques points font partie d'une collaboration qui a grandement aidé à rétablir un climat sain et constructif entre deux acteurs importants du quartier. Ne reste qu'à souhaiter que cette entente si appréciée perdure et se bonifie avec le temps.

Sophie Auger et Stéphane Royer

Travailleurs de milieu, Spectre de rue
1280, Ontario Est
Montréal (Québec) H2L 1R6
514 528-1700, poste 224
Cellulaire : 514 910-3708
Courriel : travaildemilieu@spectrederue.org

Alain Gagnon, commandant

Service de police de la Ville de Montréal
Poste de quartier 22
1200, avenue Papineau
Montréal (Québec) H2K 4R5
Téléphone : 514 280-0022
Courriel : alain.gagnon@spvm.qc.ca

