

CONSEIL CANADIEN DE SURVEILLANCE ET D'ACCÈS AUX TRAITEMENTS



Conseil canadien de surveillance
et d'accès aux traitements

DANS CE NUMÉRO

ÉTÉ 2008
VOLUME 10
NUMÉRO 3

Qu'est-ce que la réduction des méfaits ?	1
La réduction des méfaits au Canada	3
Le traitement des toxicomanes vivant avec l'hépatite C ou la co-infection VHC/VIH Le patient d'abord – La meilleure pratique	4
Les chercheurs canadiens discutent de la réduction des méfaits	6
Perspective personnelle : Consommateur de drogues... et plus	7
Le projet de loi C-51 : une initiative naturelle ?	8
Rapport de la présidente	11
Calendrier des événements	11
Membres du conseil	12

Qu'est-ce que la réduction des méfaits ?

LA RÉPONSE à cette question varie selon la personne à qui elle est posée. Certains vous diront qu'il s'agit de réduire les méfaits associés à des comportements particuliers; d'autres affirmeront qu'il s'agit de permettre aux consommateurs de drogues de poursuivre le style de vie qu'ils ont « choisi ».

La consommation de drogues illicites n'est pas un comportement limité à quelques « causes perdues ». C'est un phénomène social qui est beaucoup plus répandu qu'on ne pense. « En 1994, 28,5 % des Canadiens disaient avoir consommé de la drogue illicite à un moment donné de leur vie; en 2004, ce chiffre avait bondi jusqu'à 45 %. »¹ Or, selon des documents du Conseil du trésor, 73 % des 368 \$ millions consacrés à la lutte contre les drogues illicites en 2004-2005 ont soutenu des initiatives visant l'application des lois. Ces deux statistiques révèlent que la prohibition est inutile pour freiner la consommation de drogues. Il serait donc logique de réaffecter à des programmes de traitement et de réduction des méfaits une partie des fonds dépensés par le gouvernement canadien dans le dossier des drogues.

Les professionnels de la santé de la Colombie-Britannique sont des pionniers en ce qui a trait à l'élaboration et à la mise en œuvre de stratégies efficaces de réduction des méfaits. Depuis 20 ans, la simple distribution de condoms a évolué en stratégies de prévention communautaires, provinciales, nationales et même internationales. La distribution en catimini de seringues propres par quelques individus s'est quant à elle transformée en centres d'échange de seringues fixes et mobiles et en le premier site d'injection sécuritaire du Canada. Il n'a pas été facile d'établir ces programmes et, face à



par **Karen Dennis**,
représentante des
personnes qui
utilisent/qui ont utilisé
des drogues du CCSAT



une opinion publique volatile, les maintenir continue d'être un défi de taille.

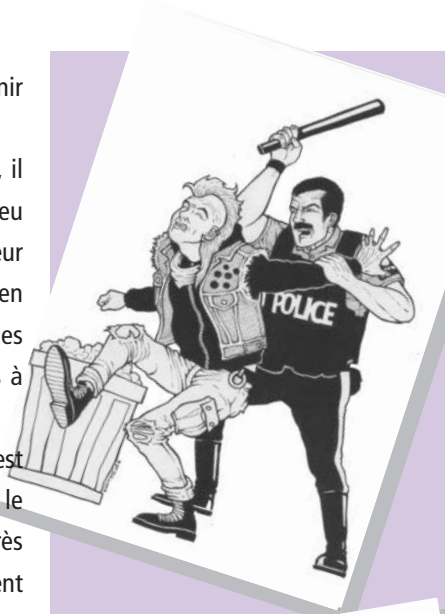
Il reste que, pour avoir un impact réel, il faut aborder les gens dans leur propre milieu afin de bâtir les liens de confiance qui leur permettront de chercher de l'aide pour s'en sortir lorsqu'ils seront prêts. Les programmes fondés sur l'abstinence ne conviennent pas à tout le monde. C'est un fait.

Le Downtown Eastside de Vancouver est connu depuis longtemps comme le quartier le plus pauvre d'Amérique du Nord. Depuis très longtemps, les intervenants et ceux qui offrent des services communautaires qui y travaillent sont témoins du problème de la drogue, de la criminalité et des problèmes sanitaires et sociaux qui découlent d'une pauvreté largement répandue.

En septembre 2003, le gouvernement municipal de Vancouver se rend à l'évidence : la seule application des lois antidrogues constitue une approche incomplète. D'où l'établissement d'un projet de recherche pilote appelé Insite, un centre d'injection sécuritaire et supervisé. Le fédéral accorde une exemption à Insite pour que les clients puissent y apporter des drogues illicites et les consommer sur place.

Insite connaît un succès impressionnant dès ses débuts. Entre avril 2004 et mars 2006, le nombre de clients acceptant de subir un traitement de désintoxication augmente et on constate une réduction de la consommation de drogues en public et du partage d'aiguilles, 70 % des injecteurs se disant moins susceptibles de partager du matériel.

Les recherches indiquent également que le centre Insite ne contribue pas à une hausse des taux de rechute et n'exerce aucune influence négative sur les personnes souhaitant arrêter de consommer. De plus, depuis sa création, on n'a constaté AUCUNE augmentation de la criminalité liée à la drogue. En fait, le nombre d'arrestations pour trafic de drogues, voies de fait, vols et cambriolages de voitures a



Images tirées de *l'Injecteur*, Volume 2, numéro 4 et Volume 1, numéro 3

considérablement diminué. Insite accueille les consommateurs de drogues les plus à risque de faire une overdose ou de contracter le VIH ou le VHC, ainsi que les personnes les plus susceptibles de consommer en public et de jeter leur matériel de façon non sécuritaire.

Au cours d'une seule année, Insite a dirigé plus de 4 000 clients vers d'autres services, notamment des services de counseling en matière de toxicomanie (40 %). Un client régulier sur cinq a commencé un programme de désintoxication et les intervenants du site ont réussi à prévenir des overdoses. Grâce à la présence de personnel médical, aucune des 500 overdoses survenues au cours d'une période de deux ans n'a été fatale.² Il est facile d'imaginer ce qui se serait produit si le centre n'avait pas existé. Non seulement il y aurait eu beaucoup trop de morts, mais les coûts pour notre police, nos services ambulatoires et nos hôpitaux auraient dépassé de loin les frais d'exploitation du centre. Les soins de santé préventifs ont remporté une grande victoire le jour où la Cour suprême de la Colombie-Britannique a accordé à Insite une exemption permanente à l'égard des lois antidrogues fédérales. Espérons que l'appel que le ministre de la Santé du Canada dit avoir l'intention de lancer ne réussira pas à renverser cette décision très importante.

Les fournisseurs de services de réduction des méfaits ont quand même essuyé des revers récemment en Colombie-Britannique. Le centre d'échange de seringues fixe de Victoria a dû fermer ses portes après 20 ans d'existence. À cause du nombre croissant d'itinérants, de malades mentaux non traités et de consommateurs de drogues, plusieurs personnes se rassemblaient devant le centre après ses heures d'ouverture pour consommer de la drogue. En réponse, les gens du voisinage ont fondé un groupe de pression qui a réussi à faire expulser le centre d'échange de seringues.

suite à la page 10

La réduction des méfaits au Canada

Whitehorse, YT

Edmonton, AB

Winnipeg, MB

Victoria, CB

St-Jean, NL

Québec, QC

WHITEHORSE, YUKON

« The No fixed Address Outreach Van »

– une approche misant sur la collaboration

Chaque nuit, cette roulotte parcourt les rues de Whitehorse dans le but de réduire les méfaits associés à la pauvreté, à l'itinérance et à la consommation de drogues et d'alcool. Ce service complète les autres services disponibles en fournissant soins, counseling et matériels visant la réduction des méfaits.

www.manyrivers.yk.ca

VICTORIA, COLOMBIE BRITANNIQUE

« Society of Living Intravenous Drug users (SOLID) »

– une approche sans jugement

SOLID offre des services et du soutien dans un esprit d'amitié qui ne porte aucun jugement. La réduction des méfaits s'accomplit en roulotte, à vélo et même à pied lorsque les autres véhicules communautaires ne sont pas en fonction.

www.canadianharmreduction.com/project

EDMONTON, ALBERTA

« Streetworks » – une approche communautaire

Streetworks est un regroupement d'infirmiers et d'intervenants de rue qui fournissent aux utilisateurs de drogues injectables et aux prostitués toute une gamme de matériels (condoms, aiguilles, tampons à l'alcool, eau, lubrifiant, tourniquets, filtres, vinaigre, dépliants éducatifs, tests de grossesse, etc.).

www.streetworks.ca

WINNIPEG, MANITOBA

« Nine Circles Community Health Centre »

– une approche adaptée aux différences culturelles

Le Nine Circles Community Health Centre assure l'accès des Manitobains d'origine autochtone, inuite et métisse à tous les services d'éducation à la prévention du VIH-sida, de soins et de traitement disponibles à Winnipeg.

www.ninecircles.ca

QUÉBEC, QUÉBEC

« Projet intervention prostitution de Québec (PIPQ) »

– une approche ciblant les travailleurs et travailleuses du sexe

Dans le cadre du projet « Catwoman », deux travailleuses du sexe – une jeune et une moins jeune – vont dans la communauté pour sensibiliser les escortes, les danseuses et les masseuses à l'importance de protéger leur santé et leur sécurité. Le PIPQ fournit soins infirmiers, aiguilles neuves, matériel de sécurisexe, nourriture, vêtements et soutien personnel.

www.pipq.org

ST-JEAN, TERRE-NEUVE ET LABRADOR

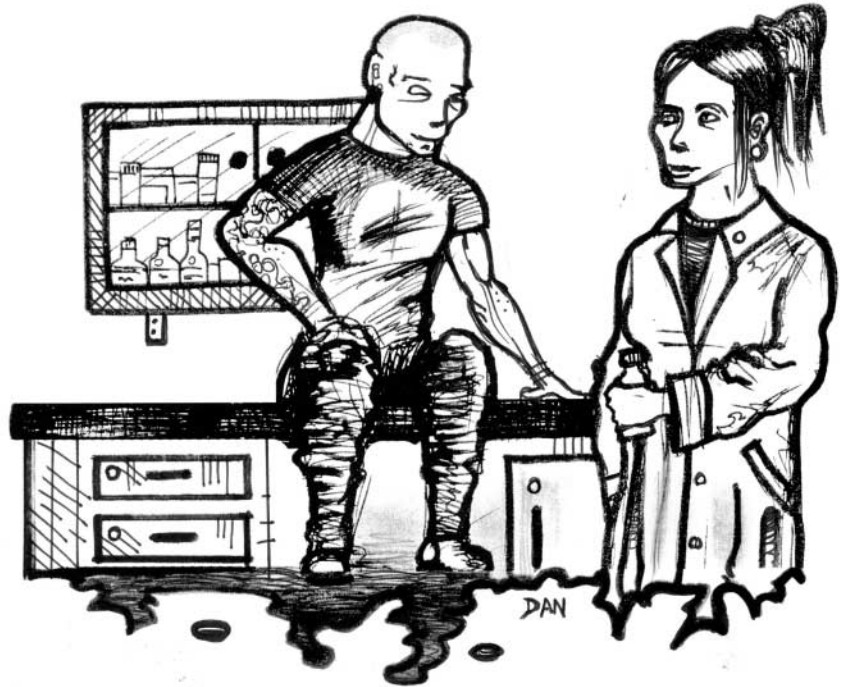
« Street Reach » – une approche visant les jeunes

Les intervenants de Street Reach abordent les jeunes dans leur milieu afin de les aider dans leur cheminement personnel. Ils viennent en aide aux jeunes les plus vulnérables de la ville, une population peu encline à accéder aux services à cause de barrières multiples.

www.cyn-stjohns.nf.ca

Le traitement des toxicomanes vivant avec l'hépatite C ou la co-infection VHC/VIH

Le patient d'abord – La meilleure pratique



par Colleen Price, Administratrice du CCSAT

Illustration par Daniel Amyot

Il est essentiel que le traitement du virus de l'hépatite C (VHC) soit accessible à tous, y compris aux utilisateurs de drogues injectables et aux personnes suivant un traitement d'entretien à la méthadone (TEM).

L'objectif du traitement anti-VHC consiste à débarrasser le corps du virus ou, faute de cela, à retarder efficacement l'apparition de la fibrose et son éventuelle évolution en cirrhose et en insuffisance hépatique terminale. Pour les personnes vivant avec le VHC et le VIH, l'insuffisance hépatique terminale est la première cause de décès. La détection précoce est très utile, tant aux personnes mono-infectées par le VHC qu'aux personnes co-infectées par le VHC et le VIH, car l'hépatite C peut être traitée dans la majorité des cas.

Les consommateurs de drogues injectables figurent parmi les populations les plus marginalisées, les plus stigmatisées de notre société et ils sont traités comme des criminels. Puisque le VHC se transmet par le partage du matériel d'injection de drogues, beaucoup de personnes contractent le VIH en même temps que le VHC, d'où le terme co-infection VIH/VHC, une épidémie en pleine expansion. Des études internationales révèlent que la prévalence de l'infection au VHC chez les utilisateurs de drogues injectables s'élève jusqu'à 50 % et même jusqu'à 95 %.

Plusieurs personnes qui cherchent à se faire soigner pour le VHC passent entre les mailles du filet à cause du manque de soins multidisciplinaires et de services de soutien destinés aux toxicomanes et aux personnes atteintes de maladies mentales.

L'accessibilité au traitement anti-VHC, la durée de traitement autorisée et le droit de répéter le traitement varient selon la province. L'accessibilité au traitement à la méthadone, à un logement avec services de soutien et aux programmes de réduction des méfaits non fondés sur l'abstinence varient également d'une ville à l'autre et d'une province à l'autre. Bref, les soins offerts varient énormément selon le lieu de résidence du patient et son aptitude à naviguer dans le réseau de la santé et des services sociaux.

La prise en charge thérapeutique des consommateurs de drogues atteints d'hépatite C ou co-infectés doit tenir compte des déterminants sociaux de la santé, notamment la précarité du logement, le manque de réseaux sociaux et la difficulté à se prévaloir des services cliniques et psychologiques. Pour plusieurs, ces problèmes empêchent l'accès au traitement ou rendent difficile l'observance thérapeutique.

Même s'il existe des traitements efficaces et tolérables contre l'hépatite C qui agissent chez les consommateurs de drogues lorsque des soutiens adéquats sont en place, la vaste majorité de ces derniers ne sont pas soignés.¹

Il est clair qu'une approche multidisciplinaire de réduction des méfaits et dotée de réseaux de soutien est nécessaire pour aider les patients « difficiles à traiter » à aller jusqu'au bout de leur traitement et à faire l'objet d'un suivi continu. La relation médecin-



patient revêt une grande importance pour le suivi des patients qui continuent de consommer de la drogue pendant un traitement contre l'hépatite C ou la co-infection. La confiance, la flexibilité et des stratégies novatrices adaptées aux besoins de la personne sont nécessaires pour éviter que la consommation de drogues empêche le patient d'accéder aux soins et aux services santé mentale et sociaux dont elle a besoin.

Le Dr Jean Robert est spécialiste de la microbiologie, des maladies infectieuses et de la santé communautaire. Médecin praticien depuis près de quatre décennies, le Dr Robert a fondé la très unique Clinique Santé Amitié en 1989 sous l'égide du Centre Sida Amitié des Laurentides. De nombreux patients lui sont envoyés par le Portage du Lac Écho, un centre résidentiel de traitement de la toxicomanie qui compte 80 lits pour les adultes et 40 lits pour les jeunes, ainsi que huit centres de traitement affiliés partout au Québec. Des patients lui sont également dirigés par le Cap Espoir, un centre de traitement à court terme, par des psychologues, des travailleurs sociaux et des collègues. Aux yeux du Dr Robert, les consommateurs de drogues ne sont pas « difficiles à traiter » mais « différents à traiter ». Privilégiant une approche fondée d'abord sur le patient, il adapte ses plans de traitement aux besoins de chaque personne. « La maladie appartient au patient, pas au soignant. C'est au patient de décider de se faire traiter, pas au docteur de refuser. Le docteur accompagne le patient, c'est tout. »

Selon le Dr Robert, la toxicomanie est une maladie qui doit être traitée avec compassion en suivant une bonne politique de santé publique, et non en la jugeant. Les consommateurs de drogues ont droit à la compassion, aux soins et au traitement au même titre que tout autre citoyen. Les recherches en toxicomanie indiquent que « le traitement d'entretien à la méthadone est très utile aux personnes dépendantes aux opiacés car il les aide à suivre fidèlement leurs traitements anti-VHC et anti-VIH. Voilà une autre raison qui devrait inciter les décideurs canadiens de politiques à envisager sérieusement d'améliorer l'accès et la qualité des programmes de traitement à la méthadone. »²

Puisque la méthadone se prend par voie orale, les programmes de traitement à la méthadone contribuent efficacement à prévenir la transmission du VIH et/ou du VHC par l'injection de drogues. Depuis le 2 juin 2008, des programmes de traitement à la buprénorphine/naxalone sont également disponibles au Québec, mais l'accès à cette option thérapeutique varie beaucoup dans les autres provinces.

Outre l'expertise du Dr Robert, le caractère exceptionnel de la Clinique Santé Amitié est dû au fait qu'elle offre à la fois le

traitement d'entretien à la méthadone et des exemptions pour l'usage de la marijuana à des fins médicales, de sorte que les patients ont accès à un expert en maladies infectieuses et à un spécialiste de la toxicomanie en même temps. L'objectif consiste à gérer la dépendance aux drogues de sorte que le patient puisse suivre un traitement contre le VHC s'il le désire. Le Dr Robert facilite l'accès au traitement à la méthadone pour les patients auxquels cette option a déjà été refusée. De plus, il accepte de retraiter les patients qui ont rechuté. Il met l'accent sur la protection et la qualité de la vie, et non sur les critères de jugement et d'exclusion qui ont cours très fréquemment dans les autres provinces.

Il y a une grande pénurie de prescripteurs et de fournisseurs de méthadone au Canada. Il nous en faut davantage pour répondre aux besoins des consommateurs de drogues qui désirent se faire traiter pour l'hépatite C ou le VIH. La Clinique Santé Amitié compte une pharmacie à l'étage qui est fréquentée quotidiennement, sauf par les patients recevant un traitement à la méthadone à long terme. Certains clients visitent la clinique une fois par semaine pour subir des injections d'interféron. L'approche inclusive privilégiée par le Dr Robert a encouragé des gens à parcourir de longues distances pour profiter de son expertise.

De dire le Dr Robert : « C'est un honneur d'accompagner les patients dans leur cheminement thérapeutique contre le VHC ». Ses efforts pour aider les consommateurs de drogues à suivre une thérapie anti-VHC continuent de porter fruits et très peu de patients abandonnent le suivi. Le Dr Robert suit environ 1500 patients, dont une majorité de patients à long terme.

Pour beaucoup de patients du Dr Robert, c'est la première fois qu'ils se soucient de leur santé. Le médecin accepte les dépendances de ses patients et leur explique les options de traitement, mais le choix de se faire traiter revient toujours au patient. En plus d'avoir contribué à sauver de nombreuses vies, le Dr Robert a aidé beaucoup de gens à transformer leur vie grâce à des stratégies de prise en charge de la dépendance qui améliorent l'observance et facilitent le succès du traitement anti-VHC et du suivi clinique. Sa philosophie fondée sur « le patient d'abord » est une « meilleure pratique » exemplaire en ce qui a trait à la prise en charge des consommateurs de drogues vivant avec le VIH et/ou le VHC. ■

¹ Centre for Addictions Research of BC – “Viral time bomb”: Health and human rights challenges in addressing hepatitis C in Canada – Réseau juridique canadien VIH-sida, avril 2008, p 1.

² Centre for Addictions Research of BC – “Viral time bomb”: Health and human rights challenges in addressing hepatitis C in Canada – Réseau juridique canadien VIH-sida, avril 2008, p 17.



Les chercheurs canadiens discutent de la réduction des méfaits

par Ron Rosenes, coprésident du CCSAT

Il y a lieu de craindre que le financement des services de « réduction des méfaits » en vertu de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH-sida soit chose du passé. Toutefois, à en juger par les recherches présentées en avril dernier lors de la conférence de l'Association canadienne de recherche sur le VIH (ACRV), ce concept est bel et bien vivant dans l'esprit des chercheurs canadiens.

Selon les estimations de l'Agence de la santé publique du Canada, plus du tiers des nouvelles infections par le VIH se produisaient chez des utilisateurs de drogues injectables (UDI) au milieu des années 90. En 2005, ce chiffre aurait chuté jusqu'à 14 % des nouvelles infections, grâce en partie aux initiatives de réduction des méfaits. Rappelons qu'il est possible de réduire les méfaits découlant d'une dépendance aux opiacés en offrant à l'individu l'accès à un traitement d'entretien à la méthadone. Cette approche contribue également à réduire la consommation de drogues injectables, ce qui profite à l'ensemble de la société. L'accès aux aiguilles neuves réduit le partage du matériel d'injection et, par conséquent, la propagation de maladies transmises par le sang. En plus d'assurer le recours à du matériel stérile et de réduire le risque d'overdose, les sites d'injection supervisés mettent les consommateurs de drogues marginalisés en contact avec des services de santé, y compris des programmes de réadaptation.

L'objectif de l'initiative Cedar, un projet de recherche communautaire en cours au Centre d'excellence sur le VIH-sida de la Colombie-Britannique, consiste à mieux comprendre pourquoi l'incidence de l'infection par le VIH et le VHC est deux fois plus élevée chez la jeunesse autochtone comparativement aux non-autochtones. Le projet a également pour but d'élaborer des stratégies de réduction de risques pour cette population. Le Cedar Project a fait l'objet de plusieurs présentations lors de la conférence.

Les responsables d'une étude ont tenté de déterminer les facteurs qui poussaient les jeunes autochtones de Vancouver et de Prince George à commencer à s'injecter de la drogue. Des intervieweurs autochtones ont administré un questionnaire au début de l'étude, ainsi que tous les six mois par la suite. Des échantillons de sang étaient recueillis et dépistés pour la présence d'anticorps anti-VIH ou anti-VHC. L'analyse portait sur les

individus qui avaient rempli le questionnaire initial, ainsi qu'au moins un des cinq questionnaires de suivi.

RESULTATS CONCLUSIONS

Résultats : Au début de l'étude, 207 (45 %) participants utilisaient des drogues non injectables. Sur ces derniers, 197 (73 %) ont assisté à au moins une consultation de suivi, qui avait lieu en moyenne 1,73 an plus tard. Dès juillet 2007, 39 participants avaient commencé à s'injecter, ce qui se traduit en 11,5 cas par 100 années-personnes ou un taux d'incidence très élevée de 19,8 %. L'analyse des données a révélé que le fait de devenir un UDI était associé au sexe, à la prostitution de survie et au fait d'avoir contracté une infection transmise sexuellement par le passé.

La conclusion : Il y a un besoin urgent de projets de prévention adaptés aux différences culturelles et aux valeurs autochtones pour aider la jeunesse à risque.

Un autre groupe de chercheurs communautaires a essayé de déterminer les prédictors de la séroconversion (VHC) chez une cohorte de jeunes autochtones de Vancouver et de Prince George qui utilisaient des drogues injectables et non injectables. Les chercheurs ont constaté que le partage du matériel d'injection au cours des six derniers mois, l'injection quotidienne de cocaïne et la prostitution de survie étaient tous des prédictors indépendants de la séroconversion VHC.

La conclusion : les jeunes utilisateurs de drogues autochtones ont besoin d'un accès facile au matériel d'injection propre. Les jeunes utilisatrices de drogues injectables qui font de la prostitution de survie ont besoin de programmes sécuritaires et de stratégies de guérison fondées sur les valeurs autochtones.

D'autres présentations ont parlé du lien entre l'observance thérapeutique et la précarité du logement, un problème qui souligne la nécessité de financer des services susceptibles de réduire les risques et les méfaits potentiels pour les individus. Malheureusement, il n'y a pas suffisamment d'espace ici pour décrire ces recherches en détail. ■

Consommateur de drogues... et plus

Je m'appelle Rick Julien. La première substance à laquelle j'ai acquis une dépendance fut le tabac, quand j'avais 20 ans. À l'âge de 25 ans, j'ai reconnu que j'étais dépendant à l'alcool. J'ai réussi à cesser de fumer à 30 ans (mais j'ai mis cinq ans à me sentir comme un non-fumeur).

Cesser de boire est très difficile et j'ai même tenté une fois un programme en 12 étapes pour m'aider. En tant qu'homme gai, j'avais de la difficulté à considérer Dieu comme une source de soutien, mais j'admirais la façon dont les autres participants s'entraidaient. J'ai réussi à rester sobre pendant un an à plusieurs reprises, grâce à des groupes de soutien et à des individus compréhensifs. Il y a cinq ans, après une année sans alcool, je me suis remis à boire les fins de semaine. À la suggestion d'un thérapeute, j'ai pris rendez-vous pour consulter un thérapeute en réduction des méfaits au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSMM) de Toronto.

Malheureusement, deux jours avant mon rendez-vous, je me suis soûlé lors de l'anniversaire d'un ami et ai décidé de grimper dans un arbre en rentrant chez moi. J'ai repris connaissance un jour et demi plus tard lorsque mes proches m'ont retrouvé à l'hôpital. J'avais perdu l'œil gauche et une partie de ma mâchoire, et mon bras droit était quasiment arraché (j'étais tombé en pleine face sur une clôture en métal). Pendant que j'étais aux soins intensifs, le médecin affecté à mon cas passait tous les jours. Il m'a présenté à un groupe d'étudiants en médecine masqués (c'était l'époque de la SRAS) en leur donnant mon numéro de patient, mon nom, la nature de mes blessures et mon taux d'alcoolémie au moment de l'accident. J'étais convaincu qu'ils me prenaient pour un pauvre ivrogne malheureux.

Quand je suis sorti des soins intensifs quelques jours plus tard, j'ai éprouvé des spasmes dans tout le corps. J'ai dit à l'infirmier que quelque chose n'allait pas. Il s'est contenté de hausser les épaules et de me dire que c'était sans doute le delirium tremens. Là, c'était à mon tour d'être incrédule car je n'avais jamais été capable de boire assez pour éprouver un délire alcoolique. J'avais raison. On a découvert que j'étais en état d'insuffisance rénale à cause d'une infection opportuniste. Je n'avais pas divulgué mon statut VIH de peur d'être stigmatisé. On

Perspective personnelle . . .



m'a renvoyé aux soins intensifs.

Pendant ma convalescence, une infirmière a demandé à un de mes amis s'il comptait m'accueillir chez lui. Elle avait présumé que j'étais un sans-abri parce qu'on m'avait découvert soûlé dans la rue. Quand j'ai été enfin assez bien pour envisager un retour au travail (un an plus tard), j'ai découvert que je figurais encore sur la liste des personnes disparues de la police.

Je suis un utilisateur de substances chanceux parce que j'ai des proches qui m'aiment de façon inconditionnelle. Pour faciliter mon rétablissement, je me suis joint à un groupe de réduction des méfaits au CTSMM de Toronto. J'ai appris à arrêter de me juger (ainsi que les personnes comme moi) et j'y travaille encore. Pour certaines personnes, la consommation d'alcool et de drogues ne relève pas d'un choix, pas plus que l'homosexualité ou la séropositivité. L'homosexualité est un état et la séropositivité, une maladie. Je crois que la dépendance se trouve au milieu.

De nos jours, je co-anime un groupe de soutien qui aide les hommes gais et bisexuels à modifier leurs comportements à l'égard des drogues et de l'alcool. La réduction des méfaits aide les gens à réfléchir honnêtement à leurs comportements et à composer avec la honte qu'ils éprouvent souvent. Lorsque cela marche, les gens peuvent commencer à modifier leurs comportements et même devenir abstinents, mais les personnes qui n'arrivent qu'à réduire leur consommation ne sont pas stigmatisées.

En réduction des méfaits, on accepte que la consommation de drogues et d'alcool fasse partie de la condition humaine. On croit que les personnes aux prises avec la toxicomanie ont besoin de soutien pour gérer leur vie dans un monde de plus en plus complexe. Moi, je crois que les gens sont plus enclins à chercher du soutien et à prendre de bonnes décisions quand ils n'ont pas honte et ne se sentent pas stigmatisés. Je suis un utilisateur de substances, mais je suis aussi un proche, un bénévole, un artiste, un membre d'une coopérative et je reste actif dans ma communauté. Mais surtout, je travaille fort pour vivre fièrement dans ce monde à la fois stressant, complexe et passionnant. ■

Le projet de loi C-51 : une initiative naturelle ?

par Ron Rosenes, coprésident du CCSAT

UN projet de loi visant à faire entrer la Loi sur les aliments et drogues dans le 21^e siècle passera bientôt en deuxième lecture à la Chambre des communes. Nonobstant les préoccupations très médiatisées de certains opposants à la réglementation, le CCSAT continue d'appuyer les grandes lignes du projet de loi C-51. Ce dernier vise à actualiser la législation pour qu'elle reflète les complexités du processus d'approbation des médicaments, ainsi que la demande croissante du public pour un contrôle plus strict de la surveillance post-commercialisation, de l'inspection et du pouvoir de retrait des « aliments, produits thérapeutiques et cosmétiques » (nouvelle désignation en vertu de la Loi amendée). La question de savoir si les produits de santé naturels (PSN) devraient figurer sous la rubrique « produits thérapeutiques » est chaudement débattue.

Voici quelques raisons pour lesquelles les règlements doivent être modernisés :

- Il faut enchâsser des pratiques réglementaires qui sont en place depuis longtemps, telle que la capacité de l'agence de réglementation à accélérer l'examen des thérapies novatrices;
- Il faut que la législation s'harmonise davantage avec celle des autres pays;
- Il faut établir une approche d'approbation « cycle de vie » afin de déterminer les risques et les bienfaits des nouveaux produits thérapeutiques (contrairement au concept mal compris de la « sûreté »—« votre gouvernement vous assure que ce produit est sûr »).

Cette approche « cycle de vie » s'appelle l'homologation progressive. Cette dernière vise une gestion pré- et post-commercialisation plus rationnelle et plus exhaustive des médicaments, des produits biologiques, des dispositifs médicaux

et des PSN. L'homologation progressive s'inspire du raisonnement suivant : plus le temps passe, plus nous en apprenons sur les risques et les bienfaits d'un médicament. En vertu de la législation proposée, l'agence de réglementation pourrait exiger plus facilement la collecte de données post-commercialisation afin d'assurer un meilleur équilibre entre les bienfaits et les risques potentiels.

Le projet de loi vise également à actualiser les lois concernant l'inspection et le retrait des produits qui ne répondent pas aux normes, ainsi que les produits qui auraient été altérés, contrefaits ou vendus grâce à des promesses fallacieuses. Il propose également des pénalités qui pourraient être imposées en cas d'infraction.

L'objectif ne consiste pas à réduire la réglementation ou la rigueur de l'examen des produits de santé mais plutôt à mettre en place une réglementation plus intelligente et plus exhaustive qui informera mieux les consommateurs afin qu'ils puissent faire des choix éclairés.

Le projet de loi C-51 sert également à encadrer les règlements sur les PSN qui sont en vigueur depuis janvier 2004. Ironiquement, alors que ce projet de loi tente de rattraper les réalités du 21^e siècle, les règlements sur les PSN ont mis le Canada à l'avant-garde dans ce dossier, la plupart des autres pays ayant tendance à regrouper les PSN avec les aliments (États-Unis) ou à les mettre dans des catégories distinctes (homéopathie, plantes médicinales, vitamines). Les règlements qui entreront bientôt en vigueur ont été élaborés spécialement pour les PSN et sont fondés sur une évaluation minutieuse des niveaux de risque appropriés et des allégations faites par les fabricants, tout en restant sensibles aux usages traditionnels et culturels.

Dans la loi actuelle, les règlements sur les PSN se trouvent



sous la rubrique « drogues ». En vertu des amendements proposés, les règlements seraient placés dans celle des « produits thérapeutiques » aux côtés des médicaments, des produits biologiques et des dispositifs médicaux.

Lors d'une récente série de consultations pancanadiennes, la question de savoir si les PSN devaient être mis dans la catégorie des produits thérapeutiques a suscité un vif débat. Plusieurs groupes et individus ont enjoint le gouvernement de définir une troisième catégorie distincte pour les PSN. Certaines personnes semblaient s'inquiéter de voir les PSN assimilés aux « drogues ». Pourtant, comme le soulignait récemment André Picard dans un éditorial du *Globe and Mail* :

« En bout de ligne, une drogue, c'est une drogue, peu importe si ses ingrédients chimiques de base sont synthétisés dans un laboratoire ou dérivés d'une plante ».

En ce qui a trait à ce point particulier, le CCSAT appuie le libellé actuel de la législation. La création d'une catégorie distincte

risquerait d'ouvrir une boîte de Pandore. Le fait de garder les PSN sous la rubrique « produits thérapeutiques » permettra à l'agence de réglementation d'exiger des fabricants des preuves probantes que les produits permettent de guérir, de prévenir ou d'alléger une maladie et ce, tout en s'assurant que le Codex Alimentarius ne s'applique pas au Canada. En Europe, le Codex peut être utilisé pour limiter la quantité d'un produit de santé naturel dans les aliments. Au Canada, ce sont les règlements sur les PSN qui fixent les quantités maximales autorisées. Enfin, si les PSN sont considérés comme des « produits thérapeutiques », les compagnies obtiendront plus facilement des certificats de commerce international qui seront reconnus à l'étranger. Jusqu'à ce jour, la Direction générale des produits de santé naturels (DGPSN) a émis plus de 10 000 certificats de ce genre qui sont acceptés dans plus de 36 pays. Ce point suscitera sans doute un débat chaud au sein du Comité permanent de la santé.

La législation propose également d'abolir l'« Annexe A ». Cette dernière interdit toute publicité des traitements visant une grande gamme de maladies afin d'encourager les gens à consulter un professionnel de la santé plutôt que de se traiter eux-mêmes. L'Annexe A, qui couvre une longue liste de maladies allant de la goutte à la tuberculose, est désuète aujourd'hui puisque plusieurs des malades mentionnées sont maintenant traitées par des médicaments de prescription. Grâce à la disparition de l'Annexe A, les fabricants de PSN pourront faire des allégations concernant l'efficacité de leurs produits contre ces maladies, pourvu que les preuves fournies répondent aux normes de Santé Canada.

Le CCSAT va soulever deux préoccupations principales lors des audiences du Comité permanent de la santé. La première se rapporte aux dispositions de la législation proposée qui permettraient au gouvernement d'accéder aux informations relatives à la santé de tout participant à un essai clinique qui contracterait une maladie contagieuse. Le CCSAT croit que la Loi canadienne sur la santé couvre déjà adéquatement ce genre de situation, alors les dispositions en question devraient être retirées du projet de loi.

Le CCSAT est également préoccupé par le libellé excessivement vague des dispositions relatives à la publicité directe aux consommateurs. La législation doit définir explicitement les paramètres acceptables en vertu desquels les fabricants pourront faire des allégations concernant leurs produits, qu'il s'agisse de médicaments ou de produits de santé naturels. Enfin, le projet de loi C-51 devrait interdire toute sorte de publicité directe aux consommateurs qui n'est pas autorisée à l'heure actuelle. ■

Plus de 35 000 prisonniers sont admis dans nos prisons canadiennes chaque année.

Plusieurs d'entre eux sont privés de l'accès aux traitements pour le VIH ou l'hépatite C.



Le CCSAT est à la recherche de membres pour se joindre à son groupe de travail portant sur les droit à l'accès aux traitements des prisonniers.

Pour obtenir plus de détails, allez sur

www.ccsat.ca

ou envoyez un courriel à
prisoners-rep@ctac.ca

Qu'est-ce que la réduction des méfaits?

suite de la page 2

Malgré l'appui de la Vancouver Island Health Authority (VIHA), des forces policières et du maire de la ville, on n'a pas réussi à trouver un autre endroit avant que l'expulsion ait pris effet.

Au cours de son existence, le centre d'échange de Victoria récupérait plus de un million de seringues usagées chaque année et offrait à de nombreux toxicomanes un lieu sûr pour prendre un café, nouer des liens importants avec le personnel et se renseigner sur les programmes de traitement et de prévention auprès d'une infirmière et ce, sept jours sur sept. Si l'accès à ce genre de service est limité, de plus en plus de gens partageront des aiguilles et seront par conséquent infectés par le VIH et l'hépatite C. De plus, le nombre de seringues jetées pêle-mêle dans la communauté augmentera en flèche. Espérons qu'un nouveau site sera trouvé avant que les dégâts ne soient irréversibles.

En dehors du contexte urbain, les membres des Premières Nations qui s'injectent de la drogue constituent un des groupes les plus touchés par le VIH-sida à l'heure actuelle. Il y a un manque de services de réduction des méfaits ciblant les Premières Nations, surtout dans les collectivités rurales et sur les réserves. Malgré les efforts déployés pour contrer ce problème, les barrières auxquelles ces communautés font face sont très différentes de celles constatées dans les villes. Puisque la toxicomanie est stigmatisée, les personnes ayant recours aux services de réduction des méfaits sont vues d'un mauvais œil. Certains clients hésitent à accéder aux services dans les communautés rurales de peur d'être identifiés comme des utilisateurs de drogues. Le manque de soutien accordé aux services de réduction des méfaits est souvent une autre barrière.³

À titre personnel . . .



Quelles barrières vous empêchent d'obtenir les médicaments anti-VIH dont vous avez besoin ? Avez-vous une histoire à raconter où vous avez revendiqué l'accès à un traitement pour vous-même ou quelqu'un d'autre ? Nous voulons la connaître ! Votre confidentialité sera respectée. Communiquez avec le bureau du CCSAT (consultez la page 12) pour en savoir plus. *Il se peut que nous ne publions pas toutes les histoires proposées.*



Conseil canadien de surveillance
et d'accès aux traitements

Assemblée générale annuelle du CCSAT 2008

L'Assemblée générale annuelle du CCSAT du CCSAT aura lieu à Toronto, Ontario, le 18 et 19 octobre. Tous les membres peuvent y participer.

Visitez

www.ccsat.ca

pour en savoir plus.

Les détenus sont une autre population marginalisée qui manque de soutien en matière de santé. Personne n'ignore que la consommation de drogues est une pratique courante dans nos prisons. De nombreuses personnes qui arrivent en prison sans le VIH ou l'hépatite C retournent dans la communauté infectées par l'un ou l'autre de ces virus, sinon les deux. J'ai vu de mes propres yeux quelques seringues improvisées que les détenus se fabriquaient à partir de n'importe quoi. Je revendique l'établissement de programmes d'échange de seringues dans les prisons de la Colombie-Britannique lors de chaque réunion à laquelle j'assiste, mais aucune prison n'offre un tel service à l'heure actuelle. Et, à ma connaissance, le Canada ne compte aucun programme du genre non plus.

Le succès du centre Insite de Vancouver nous fournit un modèle que nous devons tâcher d'imiter au sein des autres communautés marginalisées parce que la réduction des méfaits réussit. ■

¹ BC Centre For Excellence in HIV/AIDS

² Toute l'information au sujet d'Insite est tirée du site Web du Vancouver Coastal Health Insite au www.vch.ca/sis/

³ Toute l'information au sujet des Premières Nations provient du site Web au www.harmreductionjournal.com



RAPPORT DE LA PRÉSIDENTE

ÉTÉ 2008

par Louise Binder

ALORS CHERS LECTEURS ET LECTRICES,

voilà longtemps que nous n'avons pas eu de bonnes nouvelles dans notre communauté. En voici une qui provient d'une source plutôt invraisemblable : les tribunaux. Des juristes de la Colombie-Britannique viennent de reconnaître une vérité que nous savons depuis toujours : la toxicomanie est un problème de santé. Les personnes aux prises avec n'importe quel problème de santé méritent d'être traitées avec compassion et non avec mépris. Les activités de prévention, de traitement et de réduction des méfaits doivent s'effectuer de concert, et il faut des stratégies d'ensemble pour assurer le succès de tous ces éléments.

Espérons que les décideurs continueront sur la lancée du tribunal britanno-colombien; espérons que les programmes de tatouage sécuritaire seront rétablis dans les prisons puisque les études démontrent l'efficacité de cette stratégie pour la prévention et la réduction des méfaits; espérons que l'argent nécessaire à la distribution des condoms, tant féminins que masculins, et des traitements ne sera plus refilé à la recherche sur les vaccins; et espérons, qu'aujourd'hui comme à l'avenir, tous les trois seront financés adéquatement. Tant qu'à y être, pourquoi ne pas reconnaître que les problèmes de santé mentale sont à l'origine de plusieurs des difficultés auxquelles les personnes vivant avec le VIH-sida et les personnes co-infectées font face, afin que nous puissions établir des programmes de santé mentale efficaces et adaptés à nos différentes cultures, que nous soyons autochtones ou pas.

Le hic ? Le gouvernement fédéral a l'intention d'utiliser nos impôts pour en appeler de la décision du tribunal britanno-colombien devant la Cour suprême du Canada. Qu'on lui dise de cesser une fois pour toutes de jouer à la petite politique idéologique avec la santé de tant de Canadiens et Canadiennes. ■

CALENDRIER DES ÉVÉNEMENTS ÉTÉ/AUTOMNE 2008

► SEPTEMBRE

Marche Action Sida 14 au 21
– dans 50 communautés à travers le Canada
www.marcheactionsida.ca

► OCTOBRE

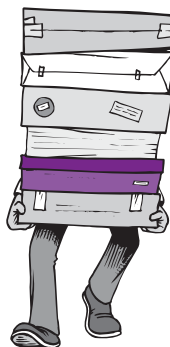
Assemblée générale du Conseil 13 et 14
canadien de surveillance et d'accès aux traitements
Toronto, ON
Renseignements : (416) 410-6538, ctac@ctac.ca
www.ctac.ca/fr/action/agm

Réseau pacifique du sida 28-30
Forum et assemblée générale
Richmond, CB
www.pacificaidnetwork.ca

4^e sommet sur la santé 30-31
des hommes gays
Vancouver, CB
www.gaysummit.ca

► NOVEMBRE

Conférence sur la recherche 13 et 14
de l'OHTN
Toronto, ON
www.ohtn.on.ca/OHTNConf2008_program.htm



**Avez-vous déménagé ?
Allez-vous déménager ?
Tenez-nous au courant !**

Aidez-nous à tenir nos dossiers à jour en nous fournissant votre adresse postale actuelle. Contactez-nous par courriel à ctac@ctac.ca ou par téléphone ou télécopieur au (416) 410-6538.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

- PRÉSIDENTE **Louise Binder**
 - VICE-PRÉSIDENT **Ron Rosenes**
 - TRÉSORIER **Patrick Cupido**
 - SECRÉTAIRE **Brian Finch**
- Richard Baker**
Colleen Price
Sandy Lambert

MEMBRES DU CONSEIL

Mark Randall Alberta • **Sam Friedman** Colombie-Britannique • **Myles Legacy** Nouveau-Brunswick • **John Baker** Terre-Neuve & Labrador • **Mike Sangster** Nouvelle-Écosse • **Harlon Davey** Ontario • **Troy Perrot** Île-du-Prince-Édouard • **Jean-Pierre Bélisle** Québec • **Ron Rosenes** Le groupe d'action-sida ! (AAN!) • **Ken Buchanan** British Columbia Persons With AIDS Society (BCPWA) • **Christal Capostinsky** Société canadienne du sida (SCS) • **Terry Pigeon** Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE) • **James Kreppner** Société canadienne de l'hémophilie (CHS) • **Richard Elliott** Réseau juridique canadien VIH/SIDA • **Ken Monteith** Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida) • **Louise Binder** Toronto People with AIDS Foundation (TPWAF) • **Angel Parks** Représentante national des femmes • **Marco Gomes** Représentant national des jeunes • **Sandy Lambert** Représentant des Autochtones • **Jeanne Nzeyimana** Représentante des communautés noires, africaines et caribéennes • **Karen Dennis** Représentante des personnes qui utilisent/ont utilisés des drogues • **Greg Simmons** Représentante des prisonniers/ex-prisonniers

BAILLEURS DE FONDS 2007/08

Agence de santé publique du Canada (ASPC)

Abbott Laboratories Limited • Bristol-Myers Squibb Pharmaceutical Group • Boehringer Ingelheim Canada Inc. • Gilead Sciences • GlaxoSmithKline en partenariat avec Shire BioChem • Merck Frosst Canada Ltd. • Pfizer Canada • Sanofi-Avantis • Schering Canada • Tibotec, une division de Janssen-Ortho Inc.

LES DÉCLARATIONS DE PRINCIPES DU CCSAT

Déclarations de principes

- 2007 – « Les médicaments génériques au Canada : un document de politique ». Auteurs : CCSAT & Ward Health Strategies.
- 2006 – « Rapidité et transparence : Examen du processus d'évaluation des médicaments contre le VIH ». Révisé en avril 2006. Auteur : David Garmaise.
- 2004 – « Plan de route pour affronter l'épidémie de la co-infection VIH- hépatite C au Canada ». Auteur : Paula Braitstein
- 2001 – « Vers une meilleure santé : La nécessité d'un meilleur système de surveillance post-approbation des médicaments anti-VIH-sida au Canada ». Auteur : David Garmaise.
- 2001 – « Vers un meilleur accès aux traitements : Déclaration de principes sur la fixation appropriée du prix des médicaments d'origine contre le VIH-sida au Canada ». Auteur : Glen Brown.
- 2000 – « Déclaration de principes sur la publicité destinée directement aux consommateurs en matière de médicaments de prescription ». Auteur : Philip Lundrigan.

Le CCSAT autorise la reproduction partielle ou intégrale de ses déclarations de principes à condition que la source soit indiquée. Ces documents sont disponibles gratuitement en version électronique à

ADHÉSION

Les formulaires d'adhésion sont disponibles auprès du bureau du CCSAT et sur son site internet : www.ctac.ca/fr/membership.

L'adhésion à part entière est réservée aux :

- Personnes vivant avec le VIH-sida
- Groupes, organisations ou projets ayant un mandat VIH-sida d'importance

L'adhésion associée est ouverte à :

- Toute personne physique ou tout groupe, organisation ou projet qui appuie le mandat et les objectifs du CCSAT

COMMUNIQUEZ AVEC NOUS

Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements (CCSAT)

C.P. 203

555 Richmond ouest, Bureau 1109B
Toronto, ON M5V 3B1

Téléphone et

Télécopieur : (416) 410-6538

Courriel : ccsat@ccsat.ca

Site Web : www.ccsat.ca

Mandat de CCSAT

Assurer l'accès des personnes vivant avec le VIH-sida aux thérapies et aux traitements en travaillant avec les secteurs public et privé et les organismes à but non lucratif.

Le CCSAT...

- Influence la recherche et les politiques gouvernementales et sensibilise le public ;
- Fournit aux personnes vivant avec le VIH-sida des occasions de mentorat et de perfectionnement des compétences dans les domaines ci-dessus ;
- Encourage et facilite l'échange d'informations pertinentes entre les personnes concernées ;
- Bâtit et collabore avec des coalitions pour aborder l'ensemble des enjeux liés aux soins et à la santé qui ont un impact sur l'accès aux thérapies et aux traitements.

www.ctac.ca/fr/resources/position_papers ou contactez le bureau pour obtenir une copie papier (voyez ci-dessous).

RÉDACTION

Ce bulletin est une publication trimestrielle.

Comité de rédaction : Ken Monteith / Ron Rosenes / Marco Gomes / Colleen Price / Sam Friedman

Comité éditorial : Béatrice Cardin / Laurette Lévy / Leah Stephenson / Theresa Wojtasiewicz / Eileen Wennekers

Coordination éditoriale : Béatrice Cardin

Traduit de l'anglais et du français par Alain Boutillier

Imprimé par The Printing House

Site Web www.ctac.ca/fr/newsletter

Permission de reproduire : Ce bulletin peut être reproduit à des fins personnelles. Toutefois, ce contenu ne doit pas être modifié et toute réimpression doit s'accompagner du texte suivant : « Renseignements tirés du Volume 10, numéro 3 (été 2008) du bulletin d'information du Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements ».

Déni de responsabilité : Les idées exprimées dans ce bulletin représentent le point de vue des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la politique officielle du CCSAT ni de ses bailleurs de fonds. Le CCSAT ne prétend recommander ni appuyer aucun des traitements ou thérapies décrits dans ses publications.