

ÉNONCÉ DE POSITION

réduction des méfaits

Pour une régulation saine et responsable
des substances psychoactives



AQCID
ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
DES CENTRES D'INTERVENTION
EN DÉPENDANCE

Association québécoise des centres d'intervention en dépendance (AQCID)
Énoncé de position : Pour une régulation saine et responsable
des substances psychoactives

Rédigés par :
Christina Blier, Coordonnatrice aux services cliniques, AQCID
Julien Montreuil, Président du comité permanent en réduction des méfaits

Supportés par :
Les membres du comité permanent en réduction des méfaits de l'AQCID

Révision :
Vincent Marcoux, Directeur général, AQCID
Alexandre Ratté, Directeur adjoint, AQCID

Révision linguistique épïcène :
Marion Brodeur-Laperrière

Correction :
Emmanuelle Durand, Adjointe de direction, AQCID

Conception graphique :
Caren Leblanc, Coordonnatrice des communications, AQCID
Coralie Lemay, Agente à la vie associative, AQCID

TABLE DES MATIÈRES

2 | INTRODUCTION

5 | ANGLE 1
REVOIR LES POLITIQUES
SUR LES SUBSTANCES
PSYCHOACTIVES

12 | ANGLE 2
DÉPLOYER
L'APPROCHE DE RÉDUCTION
DES MÉFAITS

20 | RÉSUMÉ DES
RECOMMANDATIONS

| INDEX

INTRODUCTION

Ce document est le fruit d'une réflexion concertée entre l'Association Québécoise des centres d'intervention en dépendance ainsi que de groupes concernés issus du réseau de la dépendance et de l'usage de substance. Lors de l'année 2018-2019, l'AQCID a mis en place un nouveau comité permanent en réduction des méfaits et a pu sonder ce dernier sur leurs préoccupations et enjeux vécus. De plus, le 18 avril 2019, un grand ralliement national sur la réduction des méfaits s'est tenu à Nicolet, à l'initiative de l'AQCID, afin d'échanger et se mobiliser sur les grands enjeux développés dans cet énoncé de position. Des organisations communautaires et du réseau de la santé de partout au Québec se sont mobilisées et leurs commentaires ont pu alimenter le présent énoncé de position.

OBJECTIFS DE L'ÉNONCÉ DE POSITION

- Consolider les grands principes et la philosophie de l'approche de réduction des méfaits;
- Développer un langage commun, rassembleur et une pensée commune de la réduction des méfaits au sein du réseau en dépendance et usage de substance.

Le présent énoncé de position s'organise autour de deux grands enjeux centraux, desquels découlent selon nous les défis en lien avec la réduction des méfaits. Dans un premier temps, les politiques actuelles sur les substances psychoactives (prohibition versus libre-marché), enjeu phare de

l'énoncé, contribuent à amplifier la stigmatisation, sont basés sur des principes moraux et non scientifiques et représentent une embûche majeure dans la reconnaissance de l'approche de réduction des méfaits. Dans un deuxième temps, le déploiement de l'approche de réduction des méfaits comme approche à considérer pour toute situation en lien avec l'usage de substances (dans la couverture médiatique, dans le système judiciaire, ou encore en santé et en services sociaux) constitue le deuxième enjeu phare à prioriser. Pour chaque enjeu, une mise en contexte est proposée afin d'étaler le portrait actuel de cette réalité, suivie d'une liste de recommandations.

QU'EST-CE QUE L'AQCID?

L'AQCID est un regroupement national représentant plus de 100 organismes communautaires, œuvrant au sein du réseau en dépendance et usage de substance. L'AQCID constitue ainsi l'organisation la plus représentative du milieu des dépendances regroupant des organismes de réduction des méfaits, des centres de prévention et des centres de traitement. Au cœur de ses valeurs et de celles de ses membres, le partenariat permet de fonder l'action de l'AQCID sur des alliés qui partagent son désir de travailler en collaboration et en concertation dans un souci de cohésion et de cohérence

Mission

Regrouper, soutenir, mobiliser et représenter les organismes communautaires et les organismes à but non lucratif offrant des services de prévention, de réduction des méfaits et de traitement de la dépendance et de l'usage de substance au Québec.

COMITÉ PERMANENT EN RÉDUCTION DES MÉFAITS

Protagonistes, rôles, objectifs

En 2018, l'AQCID a mis en place un comité permanent en réduction des méfaits. Ce comité a pour mandat de réfléchir et d'agir sur les enjeux rattachés à la réduction des méfaits en lien avec le continuum de l'usage de substances.

Le comité permanent en réduction des méfaits regroupe des organismes à but non lucratif de partout au Québec adoptant dans leurs services une approche de réduction des méfaits auprès de différentes personnes (jeunes, adultes, personnes âgées), dans différentes situations de vie (marginalisation, itinérance, judiciarisation, parentalité, VIH/Sida, ITSS, entre autres) et réalités d'intervention (défense de droits, travail de rue, travail du sexe, milieux festifs, dépannage alimentaire, distribution de matériel, intervention de crise, hébergement transitoire, etc.).

LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

Définition

La réduction des méfaits est une approche basée sur une attitude bienveillante et humaniste, ayant comme principe que l'humain est en mesure de faire des choix plus positifs pour sa santé lorsqu'il a accès à du support, de l'éducation et que son pouvoir d'agir est favorisé. La réduction des méfaits est une approche par et pour, c'est-à-dire que les personnes et les communautés concernées sont impliquées dans la définition de leurs besoins, moyens et objectifs de réduction des méfaits. La réduction des méfaits, c'est travailler à ce que les

personnes puissent profiter des bienfaits et réduire les méfaits potentiels de l'usage de substances, qu'elles soient légales ou non.

Au cours de la dernière décennie, la réduction des méfaits a reçu une reconnaissance grandissante à l'échelle internationale. De nombreuses organisations recommandent de placer cette approche au cœur des réponses nationales au VIH, à l'hépatite C et à la consommation de substances psychoactives¹. La réduction des méfaits, ou réduction des risques, c'est se positionner d'humain à humain en faisant preuve d'écoute, d'un regard positif et empathique. C'est travailler à mettre en valeur l'action collective, et viser le développement d'environnements favorables (individus, familles, réseaux de pairs, communautés, quartiers, collectivités), équitables et renforçant le pouvoir d'agir. Adopter l'approche de réduction des méfaits, c'est enfin travailler à développer des conditions favorables à l'exercice de ses choix et au respect de ses droits, en dépit d'un contexte sociétal parfois peu facilitant. Adopter l'approche de réduction des méfaits, c'est rejeter tout rapport de force ou d'autorité dans l'intervention et respecter le rythme et les besoins de la personne. C'est de travailler à identifier ses propres préjugés et défis personnels dans l'intervention afin que ces derniers n'influencent pas notre travail. Enfin, c'est s'engager à défendre les droits fondamentaux des personnes avec qui nous collaborons et viser à ne pas amplifier les inégalités sociales.

GRANDS PRINCIPES DE L'APPROCHE²

01

Pragmatisme

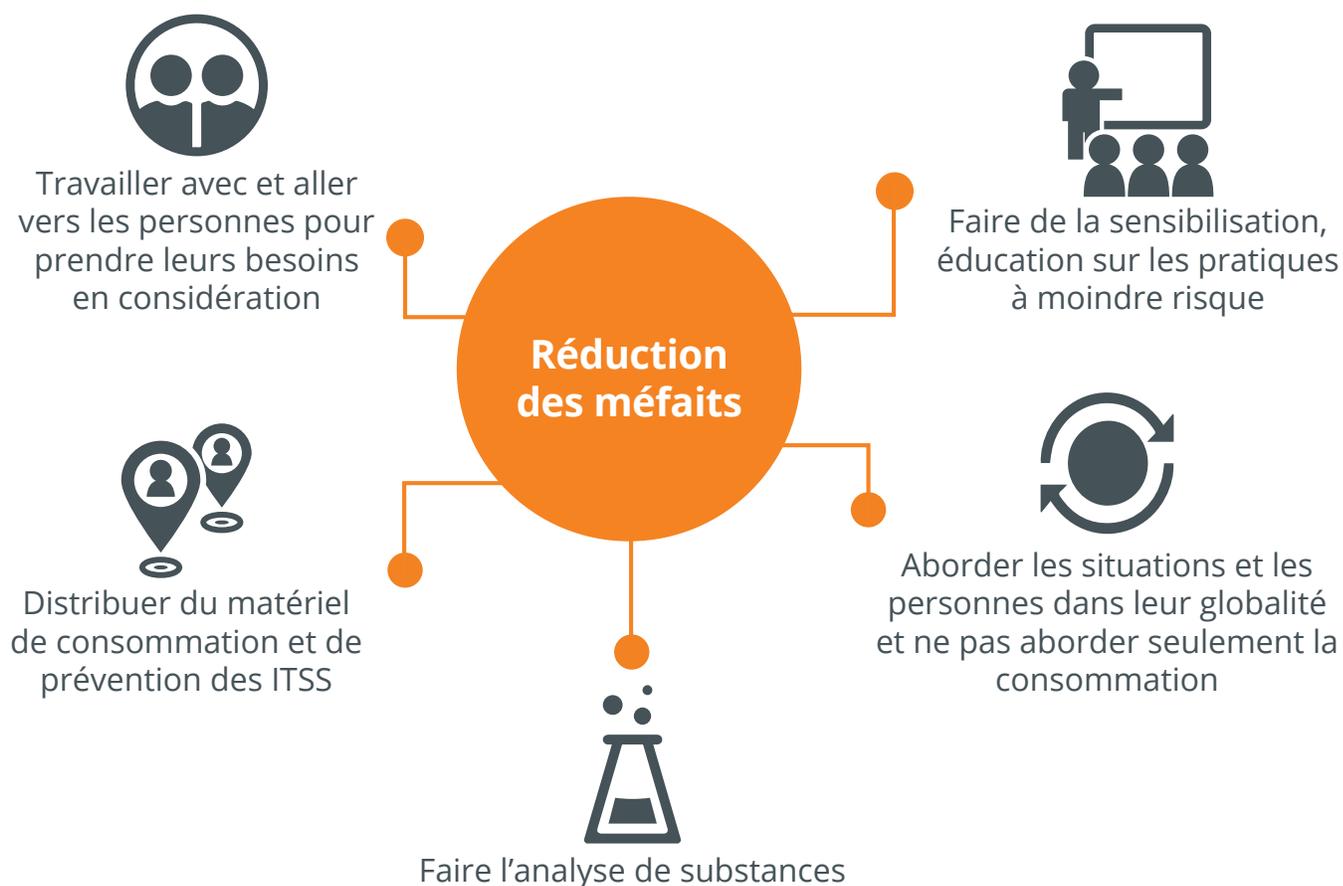
L'usage de substances est un phénomène universel qu'il est impossible d'éliminer. L'abstinence n'est pas nécessairement un indicateur de fonctionnement social et ne doit pas être visée à tout prix. Il est impératif de travailler à en limiter les risques plutôt que de condamner ou ignorer cette réalité.

02

Humanisme

Les humains ont une tendance innée à vouloir se réaliser. Dans l'intervention, on mise sur des stratégies comme rejoindre les personnes dans leur milieu, agir dans le respect des droits et le renforcement du pouvoir d'agir.

ÉVENTAIL DES INTERVENTIONS



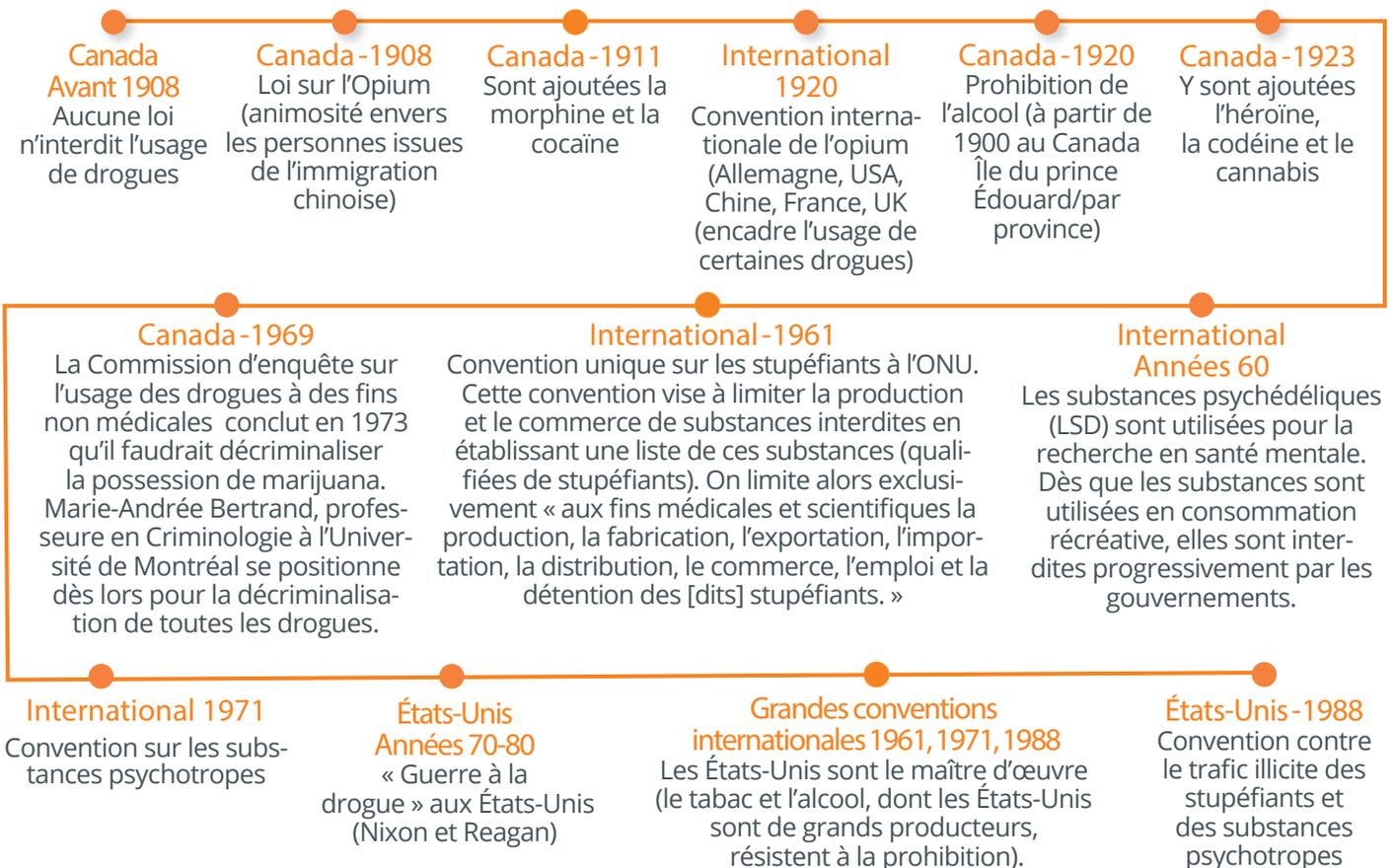
ANGLE 1

REVOIR LES POLITIQUES SUR LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Au Canada, la Loi réglementant certaines drogues et autres substances pénalise la possession de certaines substances psychoactives. Le régime de répression des substances, en place depuis les années 60 (voir historique), nous illustre que les intentions initiales d'éradiquer les substances psychoactives et de protéger la population ont malheureusement non seulement raté leur cible, mais ont également eu d'importants effets délétères.

De surcroît, l'avancement de la recherche scientifique dans le domaine de l'usage de substances mettant en lumière les effets délétères de telles mesures ne s'est pas accompagné d'un allègement des régimes répressifs³. Ce régime de répression des substances psychoactives tire son origine de mouvements moraux et idéologiques et non de données scientifiques, tel qu'illustré dans la ligne du temps ci-dessous.

1.1 HISTORIQUE



L'ensemble des substances disponibles, qu'elles soient légales ou non, sont régies par différents niveaux de régulation, allant de la prohibition au libre-marché en passant par la régulation légale et responsable. La révision des politiques sur les substances est primordiale, autant pour les substances illégales que légales, car nous assistons présentement à des politiques polarisées de prohibition (substances illégales), en passant par la régulation légale mais répressive (cannabis), puis une régulation laxiste (tabac), voire même un libre-marché (alcool). L'exemple de l'alcool est particulier en ce sens que l'État s'est calqué sur les principes du libre-marché pour légiférer, en bénéficiant financièrement de la consommation

de la substance, en fidélisant sa clientèle (programme SAQ Inspire), et en permettant une accessibilité accrue, la publicité et le marketing de la substance. Ci-dessous sont énumérés les différents modèles de politiques pour les substances psychoactives. *C'est le système de régulation légale et responsable, juste équilibre de l'éventail des modèles, qui engendrait le moins de conséquences sociales et de santé.*

1.2 IMPACTS DES POLITIQUES ACTUELLES SUR LES DROITS DE LA POPULATION

Dès 1969, le rapport Ouimet⁵ stipulait que « le recours au droit criminel devrait n'être utilisé que lorsque des impératifs sociaux

Tableau de l'éventail des modèles de politique sur les substances psychoactives

Prohibition (Criminalisation)	Dépénalisation et réduction des risques (Décriminalisation)	Régulation légale et responsable (Légalisation)	Régulation laxiste	Accès sans restriction		
Substances						
Opium et ses dérivés	Politiques adoptées au fédéral		Efforts pour palier à l'accès sans restriction			
Cannabinoïdes de synthèse	Politiques adoptées au provincial	Cannabis	Tabac	Alcool		
Psilocybine						
Cocaïne & dérivés						
MDMA						
GHB						
Méthamphétamine						
Kétamine						
PCP						
Autres substances	*La légalisation des produits comestibles laisse entrevoir une association avec les produits de l'alcool, qui suggère un laxisme au niveau des règles mises en place					
Composition des substances						
Substances non régulées et imprévisibles			Composition exacte variant grandement et concentration des additifs non divulguée	Substances de qualité, contrôlées. Certains produits proposant des mélanges non recommandés (spiritueux/boissons énergisantes). Format non standard selon les pourcentages d'alcool.		
Promotion						
Promotion interdite	Promotion de la substance interdite, emballages neutres et langage neutre priorisé		Emballages neutres et promotion interdite	Promotion de la substance et Fidélisation des consommateurs (Programme Inspire)		
Accès à une substance régulée						
Substances imprévisibles et dangereuses (Contexte actuel de contamination des substances au fentanyl). Composition exacte inconnue et ne correspondant souvent pas avec la substance achetée	Substances régulées et contrôlées, mais peu de points de vente à ce jour, et prix plus accessibles sur le marché illicite, accès à la substance régulée interdit pour les 18 à 20 ans.		Substances régulées, mais composition exacte des produits grandement variable et non transparente	Substances largement accessibles dans plusieurs établissements réglementés		
Sanctions						
Sanctions criminelles pour possession, dès que la substance est mesurable, tangible et visible	Sanctions resserrées pour vente et possession au-delà des seuils permis, Amendes pour consommation en dehors des lieux désignés (locataires désavantagés par cette législation) et en deça de l'âge permis.		Amendes pour consommation en dehors des lieux désignés. Sanctions envers les vendeurs non autorisés et établissements dérogeants aux règlements	Instances de réglementation des produits et de la vente, amendes pour consommation sur la voie publique ou état d'ivresse, sanctions criminelles pour conduite avec les facultés affaiblies		
Perception sociale						
Stigmatisation des personnes consommant des substances illégales	Personnes consommant du cannabis toujours perçues comme marginales et étiquetées	Perception neutre de la consommation	Fumeurs étiquetés	Consommation d'alcool valorisée, pression sociale pour consommer		
Pressions extérieures						
Enrichissement du marché illégal, détournement des fonds vers les marchés criminels	Lobbys en croissance		Forts lobbys économiques	Forts lobbys économiques		

ne peuvent en limiter l'incidence ». Dans un rapport de 2014, l'ACSP⁶ s'est positionnée clairement en déclarant que les politiques de santé publique doivent être basées sur les principes de justice sociale, tenir compte des droits de la personne et de l'équité et être basées sur les données probantes et les déterminants de la santé. Ainsi, les politiques publiques doivent en principe donner une chance égale à tous d'être en bonne santé. *Utiliser le régime de prohibition et la judiciarisation creuse les inégalités sociales en matière de santé et ne permet pas d'adresser, voire même amplifie les enjeux de santé publique pouvant être associés à la consommation de substances.*

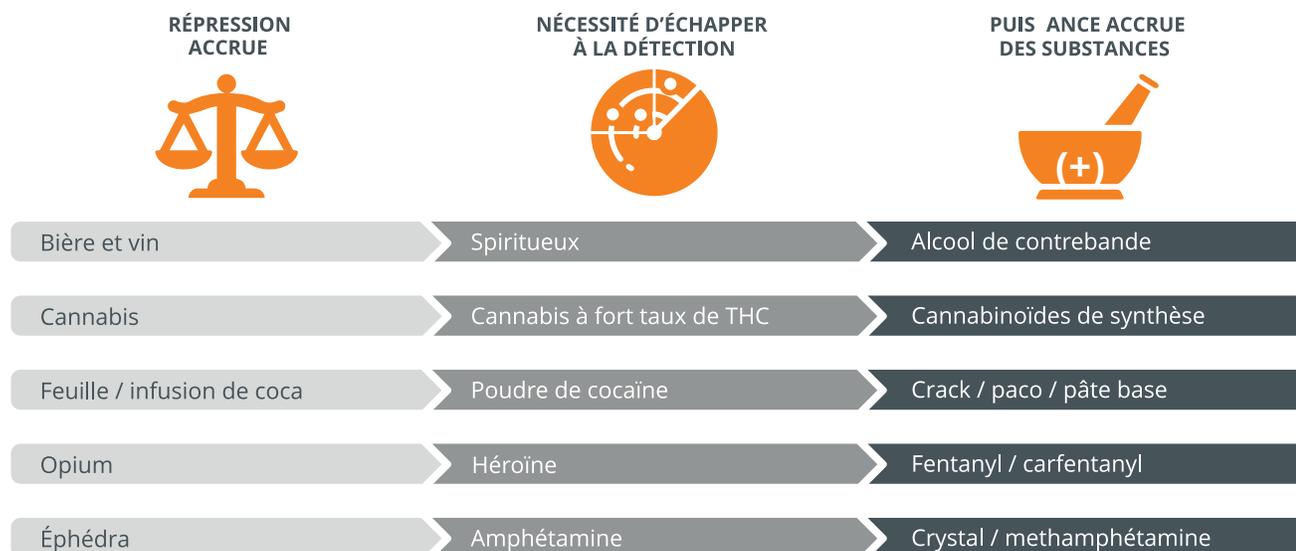
1.3 IMPACTS DU RÉGIME DE PROHIBITIONS SUR LES PRODUITS

La Commission globale de politique en matière de drogues, dans son rapport de 2018⁷, déclare que la prohibition en soi tend à être responsable de l'augmentation de la puissance

des substances. Le souhait de rendre les substances moins traçables, plus faciles à exporter, plus puissantes et plus rentables est indéniablement alimenté par le système de prohibition. Les substances disponibles sur le marché illicite sont imprévisibles, et le régime de criminalisation entraîne la création constante de nouvelles substances, ajoutant aux risques auxquels s'exposent les personnes qui choisissent de consommer des substances. Selon le même rapport, 70% des nouvelles substances identifiées l'ont été au cours des cinq dernières années. Ces substances sont créées afin de contourner la réglementation liée aux substances placées sous contrôle, laissant la personne qui consomme devant des substances de nature et de puissance inconnues, donc imprévisibles. *Une partie de la problématique de la crise des surdoses actuelle réside justement dans le fait que les substances retrouvées dans la rue sont non régulées⁸. Les personnes n'ont donc aucun moyen de savoir exactement ce qu'elles consomment.*

La loi d'airain de la prohibition⁹

Plus la répression est forte, plus les substances deviennent puissantes.



1.4 IMPACTS SUR LE DROIT À LA SANTÉ

Au cœur de la crise des surdoses, nous soutenons que le régime de prohibition actuel a ralenti de façon notable l'intervention. Au Canada, 3200 personnes sont mortes suite à une surdose apparente d'opioïdes entre janvier et septembre 2018. Depuis janvier 2016, ce sont plus de 14 000 personnes¹⁰ qui ont perdu la vie suite à une surdose d'opioïde au Canada. Au Québec, ce sont 543 personnes qui sont décédées d'une intoxication suspectée aux opioïdes ou d'autres substances entre janvier 2018 et mars 2019. L'accès à la naloxone, antidote aux opioïdes, n'est toujours pas optimal malgré un programme de naloxone communautaire au Québec. Pour les personnes incarcérées, il est actuellement impossible de se procurer la naloxone. Le nombre d'organismes communautaires autorisés à distribuer la naloxone de façon anonyme et confidentielle est toujours insuffisant, et il nous est difficile de s'expliquer la lenteur de ce déploiement. Enfin, malgré la Loi du bon samaritain¹¹, des craintes subsistent quant au recours aux services d'urgence lors d'une surdose par peur de la judiciarisation

Le présent régime de prohibition des drogues, ayant comme but ultime d'engendrer un « monde sans drogues », coûterait plus de 100G\$ chaque année, alors que le nombre de personnes consommant des drogues est toujours estimé à 246 millions de personnes à travers le monde. Le marché illicite des drogues est enfin estimé à 320G\$¹². Les conséquences de la prohibition sont largement documentées et l'intérêt d'une révision des politiques sur les substances psychoactives est avancé par plusieurs instances de santé publique du pays, mais également par certaines organisations internationales. *Il s'avère que « les pays présentant les taux les plus élevés de décès liés à l'usage de [substances] sont ceux qui*

*tendent à appliquer les approches les plus punitives »*¹³. L'Office des Nations unies contre la drogue et le crime a reconnu que la « Guerre aux drogues » a généré des conséquences négatives, notamment la « création d'un marché criminel, l'attribution des ressources, pouvant être allouées en santé, au système juridique, la multiplication de nouvelles drogues et enfin la stigmatisation et la marginalisation des personnes qui consomment des substances¹⁴ ». Rappelons enfin que les politiques de « Guerre aux drogues » contreviennent aux piliers de la mission des Nations Unies : la paix, la sécurité, le développement et les droits humains.

Impacts de la prohibition sur la personne qui consomme des substances

- Devoir s'en remettre au marché illégal pour se procurer la substance et donc à une substance non contrôlée et imprévisible;
- Consommer dans des conditions parfois à haut risque par peur des représailles (consommer en solitaire, dans des conditions non hygiéniques, avec du matériel non stérile);
- Vivre des préjugés et de la stigmatisation (se voir attribuer l'étiquette de personne qui consomme des substances psychoactives) et donc avoir moins recours aux services de santé et sociaux. De plus, ces services sont, dans plusieurs cas, insuffisants, inégaux et incohérents avec les données scientifiques;
- Subir les conséquences de la judiciarisation.

1.5 IMPACTS SUR LE DROIT À LA SÛRETÉ, À L'INTÉGRITÉ, À LA LIBERTÉ, À L'ÉGALITÉ

En 2018, un rapport publié par la chercheuse Susan Boyd¹⁵ a permis un éclairage complet sur le portrait de la population carcérale au Canada. Entre autres, ce rapport illustre une sur-représentativité des arrestations

pour possession simple de drogues, comparativement à une sous-représentativité des arrestations pour trafic. *Par exemple, les taux d'arrestation pour possession simple ont doublé depuis 1991, alors que les arrestations pour trafic, importation, exportation et production ont diminué de 10% entre 2012 et 2013 et de 35% de 2003 à 2013.*

Quelques statistiques



ANGLE 1

Ce même rapport a permis d'illustrer une forte augmentation des arrestations pour possession simple :

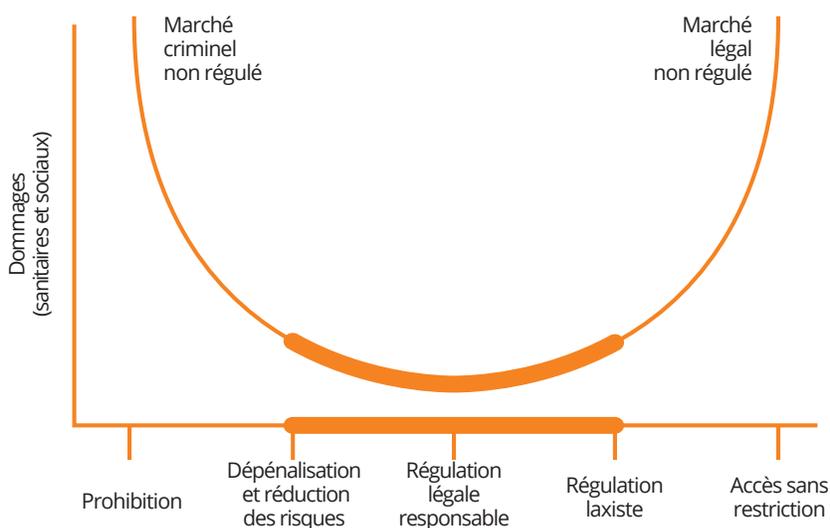


Selon Statistiques Canada, en 2013, 67% des infractions relatives aux drogues déclarées par la police concernaient le cannabis. De ces déclarations, 80% étaient relatives à des affaires de possession simple.

RECOMMANDATIONS

Une révision en profondeur des politiques sur les substances psychoactives doit avoir lieu sans plus attendre. La mise en place d'un système de régulation légale et responsable des substances psychoactives impliquerait la définition et l'établissement de règles claires et de paramètres dans l'intérêt de la santé publique et selon des appuis scientifiques. Ainsi, nous considérons que le juste équilibre entre le marché criminel non régulé et le libre-marché légal s'impose. Des règles comme la vente dans des lieux désignés, l'interdiction de vente aux moins de 18 ans ou encore des emballages neutres et sécurisés sont nécessaires et importants. Le schéma ci-dessous illustre que la projection des impacts au niveau sanitaire et social est la plus faible lorsque l'on assiste à un marché légal régulé, alors que les dommages sont les plus importants lorsque les marchés ne sont pas régulés (expliquant notamment pourquoi l'alcool engendre de nombreuses conséquences malgré que la substance soit légale).

La régulation réduit les dommages sanitaires et sociaux¹⁶



Tel qu'exposé dans la première partie de cet énoncé de position, le système de politiques actuel criminalisant l'usage de substances engendre une problématique systémique de l'approvisionnement en substances, aux pratiques de consommation, à la recherche d'aide lorsqu'une personne présente une problématique de consommation. En attendant une révision des politiques permettant l'accès à des substances régulées, le soutien d'un système d'approvisionnement sécuritaire ainsi que des services d'analyse de substances s'imposent. Nous en profitons pour rappeler que les politiques de guerre aux drogues font la guerre aux personnes qui consomment des substances, et que plusieurs stratégies de réduction des méfaits ne font que pallier à un système qui devrait être révisé en profondeur. Les services ci-dessous devraient être rendus disponibles systématiquement par l'entremise des Centres d'accès au matériel d'injection.

Systeme d'approvisionnement sécuritaire

L'approche d'approvisionnement sécuritaire pourrait permettre de garantir l'accès à une substance régulée et de qualité, sans égard à la classe sociale de la personne qui en fait l'usage. En 2017, 60% des personnes décédées d'une surdose n'étaient pas des personnes consommant des opioïdes, mais plutôt des stimulants contaminés par le fentanyl¹⁷. Un système d'approvisionnement sécuritaire devrait donc, toujours en l'attente d'un système légal et régulé de substances psychoactives, inclure une panoplie de substances, dont la cocaïne, la MDMA, la psilocybine, entre autres.

Services d'analyse de substances

Pour faire un choix éclairé lié à sa consommation, la personne désirant faire l'usage de substances psychoactives peut recueillir une panoplie d'informations et mettre en place de nombreuses stratégies de réduction des méfaits. Or, cette dernière se heurte au problème que dans plusieurs cas, les concentrations et compositions des substances sont inconnues et donc imprévisibles. Il est donc primordial, en l'attente d'un système légal et régulé de façon responsable de substances psychoactives, de permettre l'analyse des substances. Lorsque les personnes procèdent à l'analyse de leur substance, elles ont ensuite la réelle possibilité de faire un choix éclairé sur leur consommation, en choisissant, dans les cas où la composition ne correspond pas au produit attendu, ou lorsque le produit contient du fentanyl ou ses dérivés, de réduire leur dose, ou de ne pas consommer en solitaire, par exemple.

Il est impératif que notre système politique soit en mesure, d'une part, de donner les moyens à la population de prendre soin de sa propre santé, et, d'autre part, d'orienter efficacement les personnes qui pourraient désirer recevoir des services de santé. Il va sans dire que les personnes qui utilisent des substances psychoactives doivent être impliquées dans le processus de révision des politiques. Il est impératif que les personnes qui vivront les effets des politiques mises en place soient incluses dans la planification et les processus réflexifs liés aux politiques sur les substances psychoactives. Tel que mis de l'avant par l'Association Québécoise pour la promotion de la santé des personnes qui utilisent des drogues, « Rien à notre sujet sans nous! ».

OBJECTIFS DE LA MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME DE SUBSTANCES LÉGALES ET RÉGULÉ DE FAÇON SAIN ET RESPONSABLE

- Mieux connaître et contrôler la composition et la qualité des substances;
- Enrayer la stigmatisation des personnes qui consomment des substances;
- Encourager l'accès aux services de réduction des méfaits et d'aide psychosociale pour les gens dans le besoin ;
- Traiter les substances psychoactives et donc leur consommation avec un langage neutre et ouvrir le dialogue
- Mettre fin à la judiciarisation des personnes qui consomment des drogues;
- Respecter les droits humains fondamentaux;
- En cessant la répression associée à la criminalisation des drogues, diminuer le financement des structures juridiques pour le rediriger vers des services et soins de santé physique et psychosociale de qualité pour les personnes qui consomment des substances¹⁸;
- Rediriger les fonds recueillis par la vente des substances pour mettre en place des politiques publiques en santé et services sociaux et éviter que cet argent alimente les marchés criminels;
- Mettre en place un processus d'amnistie pour les personnes qui ont un dossier criminel lié à la possession simple de substances psychoactives.

ANGLE 2

DÉPLOYER L'APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

Devant les preuves de son efficacité¹⁹, nous statuons que l'approche de réduction des méfaits doit être prise en considération pour toute intervention en lien avec l'usage de substances. Son implantation devrait être incontournable dans les programmes de formation initiale en intervention psychosociale, dans le réseau communautaire, le réseau de la santé et des services sociaux, les milieux juridiques et correctionnels et dans le milieu médiatique. Considérant que l'approche de réduction des méfaits englobe des attitudes en plus des connaissances, nous croyons que ces dernières notamment la compassion, le pragmatisme, l'humanisme, la bienveillance, le respect et la protection des droits humains devraient faire partie inhérente de ces programmes de formation. Le Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida (2018)²⁰ met en évidence de nombreux exemples des bienfaits de l'approche de réduction des méfaits. Il y est exposé que la combinaison des interventions de distribution de matériel stérile et la disponibilité des traitements par agonistes opioïdes contribuent à diminuer la prévalence du VIH sans augmenter les taux de consommation.

Pour assurer une cohérence entre les preuves scientifiques de l'efficacité de l'approche et son implantation de façon systématique, nous soutenons que la consommation de substances doit sortir d'un cadre moral et prohibitif, tel que décrit dans la première section de cet énoncé de position. En outre, notre hypothèse est que, en partie, la stigmatisation dont sont la cible les personnes qui font l'usage de substances entraîne cette dissonance entre les

preuves de l'efficacité de l'approche de réduction des méfaits et son implantation de façon large et universelle dans le domaine de l'usage de substances.

EFFICACITÉ DE L'APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS²¹

- Une réduction des pratiques à risque (réduction de la fréquence des injections de substances psychoactives) et de la transmission des ITSS (en particulier du VIH et de l'hépatite C) (INSPQ, 2007) ;
- Diminution du risque de surdoses et du nombre de décès par surdose, badtrip ou mauvaise expérience;
- Amélioration de l'état de santé général et de la qualité de vie des personnes faisant l'usage de substances (baisse de la morbidité et de la mortalité associées à la consommation de substances psychoactives, retour facilité à l'emploi, amélioration des relations sociales);
- Amélioration de l'observance du traitement antirétroviral pour les personnes infectées par le VIH ;
- Diminution de la criminalité associée à l'usage de substances psychoactives et de ses conséquences (frais de justice, coût des incarcérations, etc.).

2.1 LA STIGMATISATION EN TRAME DE FOND

La stigmatisation se définit comme : « les croyances et attitudes négatives à propos d'un groupe de personnes du fait de leur situation personnelle. Elle inclut la discrimination, les préjugés, les jugements, l'exclusion et l'application de stéréotypes ainsi que d'étiquettes négatives²² ». Les personnes qui vivent de la stigmatisation en viennent parfois à s'auto stigmatiser, c'est-à-dire à internaliser les perceptions sociales à leur égard et croire que ces étiquettes et opinions négatives sont méritées et justifiées²³.

La guerre aux «drogues» (voire la guerre aux personnes qui font l'usage de drogues) engendre et exacerbe plusieurs des conséquences associées à l'usage de substances (notons la judiciarisation, l'exclusion sociale, l'accès inégal à des soins de santé et services sociaux), est en soi discriminatoire et va à l'encontre des droits humains. Or, la Charte des droits et libertés devrait avoir préséance sur tous les autres traités²⁴. L'usage de substances est souvent perçu à tort et unilatéralement inacceptable, voire même criminel, encourageant la généralisation envers les personnes qui consomment des substances.

Or, l'usage de substance est un comportement, une stratégie pour répondre à différents besoins et est donc lié à la santé et aux choix individuels et non à la criminalité en soi. Pourtant, les personnes qui consomment des substances psychoactives sont souvent perçues de façon négative et se font attribuer une panoplie d'étiquettes. Les personnes œuvrant dans ce milieu ne sont pas à l'abri de tels préjugés et toutes devraient procéder à une réflexion quant aux attentes et croyances à l'égard de la consommation et des personnes qui consomment des substances. De plus, le langage utilisé et les préjugés chez les professionnels de la santé ont un impact sur la qualité des soins offerts²⁵. N'oublions pas que les spécialistes du domaine de la santé se

retrouvent parfois en rapport de pouvoir et d'autorité et leurs interventions ont un impact important sur les personnes.

Exemples de langage²⁶

abus de drogues	➤	consommation de substances psychoactives
drogué	➤	personne qui consomme/ utilise des substances psychoactives
toxicomane/ addict/accro	➤	personne qui présente une problématique liée à l'usage de substances
drogue/stupéfiant/ narcotique	➤	substance psychoactive
ex-toxicomane	➤	personne en rétablissement

L'utilisation d'un langage stigmatisant dans la couverture médiatique à l'endroit des personnes qui utilisent des substances contribue à limiter la recherche d'aide et à l'internalisation des préjugés. Suite à la tenue d'une journée organisée par l'AQCID pour discuter de l'importance des enjeux discutés dans ce présent énoncé de position, la couverture médiatique reçue pour l'événement regroupait les titres « Les drogues dures font des ravages²⁸», et « Prévenir les ravages de la drogue²⁹», entre autres, alors que la journée discutait justement de l'impact de ce genre de propos. Nous estimons que la perception sociale empreinte de généralisation et de préjugés des personnes qui consomment des substances est un frein principal au déploiement de services efficaces, universels et de qualité, que ce soit dans le domaine de la santé et services sociaux, en éducation, ou encore dans les milieux festifs. De plus, la stigmatisation est un frein à la recherche d'aide et au rétablissement³⁰. *La prohibition et les mesures de répression tendent enfin à affecter davantage les personnes combinant plus d'un facteur de vulnérabilité dans le contexte social actuel (par exemple être une femme, appartenir à la communauté LGBTQ2+, s'identifier comme une personne racisée, vivre sous le seuil de revenu viable, l'incarcération, entre autres³¹ qui vivent souvent déjà de la stigmatisation.*

Recommandations

- Les institutions doivent se doter de politiques claires dans le but de proscrire les comportements et propos stigmatisants à l'interne;
- Le langage à la première personne (ne pas réduire quelqu'un à un comportement) doit être adopté en tout temps;
- Les efforts doivent être multipliés pour sensibiliser les médias, les spécialistes et la population générale à l'impact du langage utilisé pour désigner les personnes qui utilisent des substances psychoactives;
- Les services en réduction des méfaits doivent être identifiés de façon systématique dans les campagnes de sensibilisation grand public.

2.2 UN ACCÈS RESTREINT À DES SERVICES DE SANTÉ DE QUALITÉ

Tel que reconnu en 2017 par 12 agences des Nations Unies, les personnes qui utilisent des substances psychoactives font l'objet d'un niveau élevé de stigmatisation et de discrimination dans leur accès aux services de santé³². Concrètement, les personnes qui utilisent des substances font toujours face à des critères restrictifs dans leur accès aux soins, notamment le traitement par agoniste opioïdes*. En plus d'être difficilement accessible surtout en dehors

des grands centres (plusieurs médecins refusent de le prescrire, pour de multiples raisons³³), les services disponibles sont parfois cadrés dans une structure oppressante et restrictive. Les personnes ne sont parfois reçues qu'à partir d'une demande pour cesser l'usage. Dans certains cas, les personnes sont maintenues dans un système de "privilèges" ou sont exclues des programmes de traitement pour avoir consommé. Nous croyons que les préjugés dont font l'objet les personnes qui consomment des substances affectent négativement la qualité des soins et services auxquels elles ont accès. Encore aujourd'hui, les personnes qui consomment des substances sont souvent perçues comme responsables de leurs problématiques de santé³⁴.

Recommandations

- Mettre un terme au système de « privilèges », non appuyés de façon suffisante³⁵ par des études scientifiques et permettre aux personnes d'accéder à leur prescription de façon modulable et adaptée à leurs besoins;
- Revoir le concept de « salle d'attente » pour salle « d'accueil »;
- Mettre un terme à l'utilisation des tests urinaires comme mesure de contrôle, tel que spécifié dans les recommandations du CRISM;

** Le traitement par agonistes opioïdes (TAO) est une thérapie efficace contre la dépendance aux opioïdes comme l'héroïne, l'oxycodone, l'hydromorphone (Dilaudid), le fentanyl et le Percocet. Les personnes qui reçoivent un TAO prennent de la méthadone (Methadose) ou de la buprénorphine (Suboxone), des agonistes des opioïdes. Ces médicaments empêchent le sevrage et réduisent les états de manque d'opioïdes. Le TAO aide les personnes qui ont une dépendance aux opioïdes à se stabiliser et à réduire les méfaits liés à leur usage de drogue. (Camh)*

- Offrir des services à haut seuil d'adaptabilité et bas seuil d'exigences, c'est-à-dire des services flexibles, centrés sur les besoins des personnes, dépourvus de jugements moraux, par et pour les personnes qui utiliseront ces services;
- Que le personnel infirmier praticien spécialisé en soins de première ligne (IPSPL) puisse prescrire les traitements par agonistes des opioïdes;
- Impliquer les personnes ayant un vécu en lien avec la consommation de substances psychoactives dans le développement, la mise en place et le déploiement des programmes liés à l'usage de substances;
- Offrir des services en lien avec l'usage de substances permettant de maintenir une consommation selon les désirs de la personne;

2.3 DES SERVICES INSUFFISANTS AU SEIN DU SYSTÈME JURIDIQUE ET DES MILIEUX CARCÉRAUX

Aborder la consommation de substances en judiciarisant les personnes qui consomment contribue à amplifier les conséquences de la consommation. En milieu carcéral, les services en réduction des méfaits sont clairement insuffisants et des mesures doivent être prises immédiatement, car la population carcérale est un groupe particulièrement à risque pendant l'incarcération, mais aussi post-incarcération. Dans une étude de Service correctionnel Canada (2007), il a été estimé que 17% des hommes et 14% des femmes s'étaient injecté des substances pendant leur incarcération³⁶. La moitié de ces personnes ont également déclaré avoir « partagé du matériel d'injection, y compris avec des personnes atteintes du VIH ou du VHC³⁷ ». Des données alarmantes rapportent de plus que les taux d'infection au VIH (6,03%)

et au VHC (45%) sont élevés chez les détenues autochtones. *De façon générale, les taux de VIH seraient 10 fois plus élevés chez les personnes incarcérées et les taux de VHC 30 fois plus élevés que pour la population générale³⁸.* Or, malgré les preuves liées à l'effet positif des programmes d'échanges de seringues en prison rapportées par de nombreuses organisations (ASPC, OMS, ONUSIDA, ONUDC, AMC, Commission canadienne des droits de la personne), ces programmes ne sont pas disponibles dans les prisons provinciales au Québec. Nous savons pourtant que l'incarcération est un important facteur de risque pour le partage de matériel, mettant la personne à risque pour le VIH, le virus de l'hépatite C et plusieurs types d'infections, les femmes et les personnes autochtones étant encore plus à risque³⁹. *En Ontario plus spécifiquement, entre 2006 et 2013, une surdose sur 10 a touché les personnes incarcérées dans l'année suivant leur libération⁴⁰.*

Recommandations

- Éviter l'incarcération pour des comportements liés à la possession ou la consommation de substances psychoactives;
- Mettre en œuvre des programmes de réduction des méfaits en milieu carcéral en collaboration avec les organismes communautaires;
- Rendre disponibles des outils liés à la réduction des méfaits en prévision de la sortie du milieu carcéral (libération conditionnelle/libération);
- Établir et maintenir des modes de communication continue entre les programmes de réduction des méfaits et les autorités policières.

2.4 UN RÉSEAU COMMUNAUTAIRE INSUFFISAMMENT SOUTENU

L'action communautaire au Québec, tout comme l'approche de réduction des méfaits, tire son origine de mouvements sociaux. Le milieu communautaire vise à engager les personnes concernées, à favoriser leur pouvoir d'agir et à les impliquer dans la réflexion et les actions. Il est également important de prendre en considération que les individus ont parfois un vécu traumatique et négatif en lien avec le réseau de la santé et les institutions en général. Le milieu communautaire doit par conséquent être considéré comme un partenaire ayant une approche complémentaire à celle du réseau de la santé. Dans le domaine de l'usage de substances, les milieux communautaires travaillent en étroite collaboration avec les équipes de recherche dans le domaine, emploient un personnel formé et habileté, et sont donc spécialistes de leur secteur d'intervention au même titre que le réseau public. *Le milieu communautaire utilise des approches différentes, novatrices, flexibles et davantage basées sur l'implication des personnes ayant recours aux services. Cette diversité permet de varier l'approche de services pour les individus.*

Recommandations

- Bonifier le financement à la mission des organisations communautaires qui travaillent directement dans les milieux de vie des personnes concernées;
- Inclure le milieu communautaire en tant qu'acteur à part entière dans les plans d'action gouvernementaux;
- Respecter l'autonomie des groupes communautaires;
- Mettre en place des collaborations systématiques entre les milieux communautaires et les milieux d'enseignement et de recherche pour faciliter le transfert des connaissances (programmes de

formation initiale (travail social, sexologie, psychologie, éducation spécialisée, psychoéducation, droit, services correctionnels, police, soins infirmiers, médecine, administration publique, journalisme, etc.)).

2.5 DÉPLOIEMENT DES ACTIONS LIÉES À LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

2.5.1 DAVANTAGE DE SITES DE CONSOMMATION SUPERVISÉE

Au Canada, on compte actuellement 46 sites de consommation supervisée, situés exclusivement en Alberta, au Québec, en Colombie-Britannique et en Ontario. Depuis 2017, quatre sites sont disponibles au Québec, pour l'instant centralisés à Montréal. La région de Québec, en dépit d'un travail de longue haleine ces dernières années, peine encore à obtenir son site de consommation supervisée, devant des nombreux défis, notamment d'acceptabilité publique. Les instances gouvernementales et du réseau de la santé doivent donc procéder à une analyse des obstacles rencontrés et travailler à y remédier. *Dissocier ces démarches du cadre politique et d'acceptabilité publique : c'est une question de santé.*

En 2017 seulement, il est estimé que 3,996 surdoses mortelles auraient pu être évitées si des changements majeurs au niveau des politiques avaient eu lieu. Parmi ces décès, 93% étaient accidentels. Depuis 2016, au Canada, près de 14 000 personnes sont décédées d'une surdose d'opioïdes (accidentelle dans 94% des cas), le fentanyl étant identifié dans 73% des cas.

En plus de sites de consommation supervisée, qui sont en soi également de sites de prévention des surdoses, de nombreux

sites de prévention des surdoses ont été mis sur pied partout au Canada. Ces sites, souvent de style « pop-up », sont mis en place de façon temporaire pour donner accès plus facilement à une supervision, du matériel de consommation et un soutien psychologique. Le processus d'approbation de ces sites est en théorie facilité, justifié par le caractère urgent du service. Or, les embûches se multiplient pour les organismes communautaires souhaitant mettre sur pied un site de consommation supervisée⁴¹ et la lourdeur du processus empêche d'agir de façon autonome, et ce, le plus rapidement possible en réponse aux besoins criants des communautés. Les bienfaits de ces centres sont pourtant documentés : en Colombie-Britannique seulement, les sites de prévention des surdoses, en combinaison avec d'autres stratégies comme la distribution de naloxone, ont permis de sauver environ 4700 vies⁴².

Recommandations

- Faciliter le processus d'ouverture des sites de consommation supervisée;
 - Mettre en place des initiatives gouvernementales pour faciliter l'acceptabilité sociale de ces initiatives;
 - Permettre aux personnes ayant un vécu en lien avec l'usage de substances et au personnel des sites de consommation supervisée d'assister l'injection ;
 - Revoir la typologie utilisée pour remplacer Site de consommation supervisée par un terme plus neutre tel que Site de prévention pour l'usage de substances;
 - Encourager le développement d'une variété de modèles de SCS adaptés aux communautés (SCS mobiles, pour femmes seulement, autonomie complète des organismes communautaires, éventail plus large de substances autorisées);
- Permettre aux organismes de déposer des demandes conjointes et d'ouvrir des sites satellites sans avoir à déposer de nouvelles demandes d'exemption;
 - Permettre la mise en place sans restriction de sites de prévention des surdoses dans les milieux communautaires faisant de la réduction des méfaits;
 - Faciliter l'analyse de substances pour toute initiative de prévention et réduction des méfaits liée à l'usage de substances.

2.5.2 DES SERVICES INTERVENTION EN MILIEU FESTIF

Les milieux festifs de tous horizons au Québec n'ont aucune obligation de mettre en place des stratégies de réduction des méfaits dans l'organisation et le déploiement des initiatives festives (bars, clubs, afterhours, événements récurrents tels que les festivals, entre autres). Or, la collaboration entre les responsables de l'organisation, propriétaires et les organismes de réduction des méfaits est primordiale⁴³. D'autre part, des pratiques de sensibilisation doivent être menées auprès des municipalités, corps policiers et services de sécurité concernant les pratiques de saisie et d'interdiction de consommation sur les lieux festifs. Si les gens ne peuvent recourir à la substance qu'ils se sont procurée d'une source qu'ils connaissent, ils se la procureront sur place de sources à plus haut risque. Fermer les yeux sur cette réalité met les personnes fréquentant les festivals et autres milieux festifs à risque, alors qu'il est en leur pouvoir de mettre en place des pratiques de réduction des méfaits qui peuvent être réalisées pour l'ensemble de ces milieux (affichage, publicité, aires sécuritaires, fournitures de toilettes, ombre, eau potable, distribution de matériel de consommation, analyse de substances, entre autres).

Les personnes œuvrant dans et en périphérie des milieux festifs doivent recevoir de la formation sur les meilleures pratiques de réduction des méfaits, considérant qu'elles sont en première ligne, et donc en contact direct avec les personnes concernées. La première ligne, c'est aussi le personnel de restaurants, de bars, les services de sécurité ou les responsables de parcs, par exemple. Leur collaboration avec les organismes communautaires en réduction des méfaits est donc primordiale et incontournable.

Recommandations

- Encourager les responsables d'événements festifs et propriétaires d'établissements à collaborer avec les organismes communautaires en réduction des méfaits;
- Former le personnel de milieux festifs aux meilleures pratiques en réduction des méfaits.;
- Déployer un soutien financier pour les organismes communautaires souhaitant déployer ces services partout au Québec.

2.5.3 UN MEILLEUR ACCÈS AU MATÉRIEL DE CONSOMMATION

De façon large et universelle, les personnes qui le désirent peuvent avoir accès gratuitement à du matériel de consommation neuf et stérile partout au Québec. Ces pratiques sont en place depuis les années 1980 via des centres d'accès au matériel d'injection, imbriqués à différents types de ressources tels que des pharmacies, des centres hospitaliers, groupes de médecine familiale, centres de réadaptation en dépendances et organismes communautaires. Ces centres sont soutenus financièrement par le Ministère de la santé et des services sociaux. Parmi l'éventail des CAMI, les organismes communautaires distribuent le

plus de 60% du matériel et n'ont toujours pas l'autonomie de sélectionner leur matériel et de gérer eux-mêmes leurs budgets. Dans certaines régions comme Montréal, les personnes utilisant des substances par injection choisissent de se présenter dans un organisme communautaire pour récupérer du matériel d'injection stérile dans 92% des cas⁴⁴. Dans plusieurs cas toutefois, l'accès au matériel de consommation sécuritaire ne reflète pas les besoins et la réalité des personnes qui consomment.

Recommandations

- Décentraliser et adapter les services, selon les régions devant les disparités régionales quant aux pratiques de consommation;
- Permettre une autonomie des organismes travaillant auprès des personnes qui consomment des substances pour le choix du matériel en les soutenant financièrement afin qu'ils choisissent eux-mêmes leurs sources d'approvisionnement (voire mettre en place des groupes d'achat selon les besoins locaux et réalités de consommation).

2.5.4 UNE RECONNAISSANCE DU TRAVAIL DES PERSONNES AYANT UN VÉCU EN LIEN AVEC L'USAGE DE SUBSTANCES

Un.e pair.e est « une personne dévoilant qu'elle vit ou a vécu des expériences ou des réalités similaires à celle d'une ou plusieurs autres personnes⁴⁵ ». La pair-aidance réfère au fait d'être accompagné.e d'une personne désirant mettre à profit son vécu dans le but de « soutenir, être à l'écoute, et accompagner les personnes du milieu dans lequel elle s'implique⁴⁶ ». L'implication des personnes ayant un vécu en lien avec l'usage de substances

est une stratégie majeure afin de lutter contre la stigmatisation des personnes qui consomment des substances psychoactives⁴⁷. Concrètement, les pairs-aidants permettent de garder l'organisme à jour concernant les réalités du milieu, de rejoindre certaines personnes qui pourraient être réticentes en assouplissant et adaptant leur approche, font le pont entre les personnes et les organismes et peuvent faciliter le processus d'identification positive dans le parcours de vie des personnes⁴⁸.

Pour les organisations, l'implication des personnes ayant un vécu en lien avec l'usage de substances doit tirer son origine d'un réel désir de reconnaître leur expertise et valeur, et non servir de mesure de contrôle et de « responsabilisation » des personnes qui font l'usage de substances. Le travail de pair-aidance doit figurer tout au long du continuum d'intervention, allant de l'éducation, le travail de rue, l'intervention psychosociale, l'assistance de recherche, la présence sur des comités consultatifs, et la participation à l'élaboration des politiques, la mise en œuvre et l'évaluation des lois, l'élaboration de programmes, et donc en général, tout ce qui touche aux substances.

Recommandations

En cohérence avec la Charte de reconnaissance des pairs-aidants, nous recommandons :

- Inclure au moins un poste de représentation des membres dans la composition des Conseils d'administration des organisations intervenant en lien avec l'usage de substances;
- Reconnaître le savoir expérientiel tout comme l'expérience professionnelle ou le cheminement scolaire dans la sélection des candidatures;

- Assurer la présence d'au moins une personne ayant un vécu en lien avec l'usage de substances par équipe de travail;
- Offrir aux postes de pair-aidance les mêmes outils et avantages que l'équipe de travail (salaires, avancement professionnels, conditions de travail, entre autres);
- Que l'expérience vécue puisse être un prérequis pour certains postes d'intervention;
- Assurer la pérennité financière des organisations et des projets par et pour les personnes faisant de la pair-aidance.

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS ANGLE 1 REVOIR LES POLITIQUES SUR LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Le système de politiques actuel criminalisant l'usage de substances engendre une problématique systémique allant de l'approvisionnement en substances, aux pratiques de consommation, à la recherche d'aide lorsqu'une personne souhaite obtenir des services.

Devant cette problématique :

- La révision en profondeur du système de régulation actuelle des substances psychoactives est impérative;
- L'AQCID recommande la mise en place d'un système de régulation légale et responsable de toutes les substances psychoactives.

En attendant cette révision des politiques, il est impératif de :

- Faciliter le processus d'ouverture des sites de consommation supervisée et en favoriser une variété de modèles selon les besoins des communautés;
- Faciliter la mise en place de services d'analyse de substances dans les différents milieux communautaires en réduction des méfaits afin de pallier à la contamination des substances disponibles sur le marché illicite et permettre aux personnes qui choisissent de consommer de prendre une décision éclairée quant à leur consommation;
- Mettre en place un système d'approvisionnement sécuritaire (de qualité pharmaceutique) afin de garantir l'accès à une substance régulée et de qualité, sans égard à la classe sociale des personnes qui font l'usage de substance. Ce système devrait inclure une panoplie de substances (dont la cocaïne, les opioïdes, la MDMA, ou la psilocybine, entre autres).

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS - ANGLE 2 DÉPLOYER L'APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

Devant les preuves scientifiques de son efficacité, il est évident que l'approche de réduction des méfaits doit faire partie prenante de tout programme et intervention en lien avec l'usage de substances. Son implantation devrait être universelle dans le domaine de l'usage de substances et de la dépendance.

En ce sens, il est impératif de :

Combattre activement la stigmatisation des personnes qui choisissent de consommer des substances en :

- Privilégiant le langage à la première personne (ne pas réduire la personne à son comportement);
- Demandant aux institutions de se doter de politiques claires dans le but de proscrire les comportements et propos stigmatisants à l'interne;
- Multipliant les efforts pour sensibiliser les médias, les intervenants de la santé et des services sociaux et la population générale à l'impact négatif potentiel d'un langage péjoratif;
- Identifiant de façon systématique les services en réduction des méfaits disponibles dans les campagnes de sensibilisation grand public.

Faciliter un accès universel à des services en réduction des méfaits pour toute demande en lien avec l'usage de substance et la dépendance en :

- Bonifiant le financement à la mission des organismes communautaires qui travaillent directement dans les milieux de vie des personnes concernées;
- Révisant en profondeur les services de santé en lien avec l'usage de substances, notamment les traitements par agonistes des opioïdes;
- Cessant la judiciarisation des personnes qui consomment des substances;
- Rendant disponibles des programmes et des outils de réduction des méfaits en milieu carcéral en collaboration avec les organismes communautaires;
 - Reconnaissant le savoir expérientiel des personnes ayant un vécu en lien avec l'usage de substances en impliquant systématiquement ces derniers dans le développement, la mise en place et le déploiement des programmes liés à l'usage de substances.

INDEX

1. Marlatt, G. A., Larimer, M. E., & Witkiewitz, K. (2012). Harm reduction. [ressource électronique] : pragmatic strategies for managing high-risk behaviors. New York : Guilford Press, 2012
2. Marlatt, G. A., Larimer, M. E., & Witkiewitz, K. (2012). Harm reduction. [ressource électronique] : pragmatic strategies for managing high-risk behaviors. New York : Guilford Press, 2012
3. Association Canadienne de santé publique, Association québécoise de santé publique, Direction de santé publique de Montréal, Toronto Public Health, International drug policy consortium, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Coalition canadienne des politiques sur les drogues, BC provincial health office, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, entre autres.
4. Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, & Ledain, G. (1973). Rapport final de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales. Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales.
5. Ouimet, R. (1969). Comité canadien de la réforme pénale et correctionnelle. Justice pénale et correction: un lien à forger. Ottawa, Imprimeur de la reine.
6. ACSP. (2014). Association canadienne de la santé publique. Nouvelle démarche de gestion des substances psychotropes illégales au Canada, Document de travail, 2014. Tiré de : https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/policy/ips_2014-05-15_f.pdf
7. Global Commission on Drug Policy. (2018). Regulation: The Responsible Control of Drugs.
8. Illicit Drug Toxicity Deaths in BC. January 1, 2009-Octobre 31, 2019. BC Coroner Service. <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/illicit-drug.pdf>. Consulté le 12 septembre 2019.
9. Global Commission on Drug Policy. (2018). Regulation: The Responsible Control of Drugs.
10. 11 décembre 2019. Déclaration commune des coprésidents du Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes à propos de nouvelles données concernant la crise des opioïdes. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2019/12/declaration-commune-des-copresidents-du-comite-consultatif-special-sur-lepidemie-de-surdoses-dopioïdes-a-propos-de-nouvelles-donnees-concernant-la-.html>. Consulté le 12 décembre 2019.
11. Gouvernement du Canada. (2019) À propos de la Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/consommation-problematique-medicaments-ordonnance/opioïdes/apropos-loi-bons-samaritains-secourant-victimes-surdose.html>
12. Powell, M., Slater, J., Rolles, S., Murkin, G., Kushlick, D. & Saunter, N. (Eds). (2016). The alternative world drug report. Transform Drug Policy Foundation.
13. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. (2017) Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions. Disponible en ligne au <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT-17001FRN.pdf>
14. Powell, M., Slater, J., Rolles, S., Murkin, G., Kushlick, D. & Saunter, N. (Eds). (2016). The alternative world drug report. Transform Drug Policy Foundation.
15. Boyd, S. (2018, September 15). Drug Arrests in Canada, 2017. Vancouver, BC: Author. <http://drugpolicy.ca/about/publications>
16. Global Commission on Drug Policy. (2018). Regulation: The Responsible Control of Drugs.
17. Illicit Drug Toxicity Deaths in BC. January 1, 2009-Octobre 31, 2019. BC Coroner Service. <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/illicit-drug.pdf>

bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/illicit-drug.pdf. Consulté le 12 septembre 2019.

18. Agence de la santé publique du Canada. (2018). Prévenir la consommation problématique de substances chez les jeunes. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2018. Disponible en ligne au <https://www.canada.ca/content/dam/phac/asp/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/2018-preventing-problematic-substance-use-youth/2018-prevenir-consommation-problematqie-substance-jeunes.pdf>
19. ONUSIDA. (2019) Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida 2020. Disponible au https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_fr.pdf
20. Ritter, A., Ritter, A., Cameron, J., Ritter, A., & Cameron, J. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and alcohol review*, 25(6), 611-624.
21. Wilson, D. P., Donald, B., Shattock, A. J., Wilson, D., & Fraser-Hurt, N. (2015). The cost-effectiveness of harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 26, S5-S11.
22. Noël, L., Allard, P. R., & Laforest, J. (2007). Usage de drogues par injection et interventions visant à réduire la transmission du VIH et du VHC: revue systématique de la littérature et validation empirique. Direction des risques biologiques, environnementaux et organisationnels, Institut national de santé publique du Québec.
23. ONUSIDA. (2019) Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida 2020. Disponible au https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_fr.pdf
24. Santé Canada. (2019) Stigmatisation entourant la consommation de substances. Disponible au <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/consommation-problematique-medicaments-ordonnance/opioides/stigmatisation.html>. Page consultée le 14 mai 2019.
25. AQRP. (2014) La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec. Cadre de référence. Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale.
26. Beauchesne, L. (2018). Les drogues: enjeux actuels et réflexions nouvelles sur leur régulation. Bayard Canada.
27. Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 131(1-2), 23-35.
28. Centre d'innovation en santé mentale sur les campus, Langage et stigmatisation. (2019) <https://campusmental-health.ca/fr/trousse-doutils/cannabis/usage-du-cannabis-sur-les-campus/langage-et-stigmatisation/>. Consulté le 14 mai 2019
29. CRAN (2018) Pour une terminologie neutre, précise et respectueuse des personnes ayant un TLUO. Disponible au <http://cran.qc.ca/fr/cran-centre-dexpertise/evenements-et-actualites-actualites-nouvelles/pour-une-terminologie-neutre>
30. TVA Trois-Rivières, 18 avril 2019. Les drogues dures font des ravages. Entrevue télé.
31. LCN le matin, 19 avril 2019. Prévenir les ravages de la drogue. Entrevue télé.
32. Birak, Christine (13 décembre 2018). CBC News. How the way we talk about addiction can make it harder for people to recover. <https://www.cbc.ca/news/health/addiction-language-1.4942780>
33. Boyd, S. (2004). Femmes et drogues. *Psychotropes*, 10(3), 153-172.
34. Déclaration commune des Nations Unies sur l'éradication de la discrimination dans les milieux de soins de santé (2017). www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ending-discrimination-healthcare-settings_fr.pdf, Consulté le 14 mai 2019
35. Jusqu'en mai 2018, les médecins qui souhaitaient prescrire la méthadone, par exemple, devaient appliquer pour un processus d'exemption à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, art. 56. <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/retrait-exemption-methadone.aspx>, Page consultée le 05 avril 2019

36. Beck, F., Legleye, S., & Peretti-Watel, P. (2003). *Penser les drogues: perceptions des produits et des politiques publiques*. Paris: OFDT [in French].
37. À cet effet, le CRISM justifie sa recommandation à l'aide de deux études auprès d'une population Chinoise. (Lignes directrices nationales de l'initiative Canadienne de recherche sur l'abus de substances sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes, 2018)
38. Réseau juridique canadien VIH/sida (2017). *La réduction des méfaits au Canada-Actions immédiates requises des gouvernements*. Disponible en ligne <http://www.aidslaw.ca/site/harm-reduction-in-canada-what-governments-need-to-do-now/?lang=fr>
39. Réseau juridique canadien VIH/sida (2017). *La réduction des méfaits au Canada-Actions immédiates requises des gouvernements*. Disponible en ligne <http://www.aidslaw.ca/site/harm-reduction-in-canada-what-governments-need-to-do-now/?lang=fr>.
40. Zakaria D, Thompson JM, Jarvis A, Borgatta F. *Résumé des premiers résultats du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque*. Ottawa, ON: Service correctionnel du Canada; 2010. Accessible à : <http://www.csc-scc.gc.ca/recherche/005008-0211-01-fra.shtml> cité dans CATIE
41. Réseau juridique canadien VIH/sida (2017). *La réduction des méfaits au Canada-Actions immédiates requises des gouvernements*. Disponible en ligne <http://www.aidslaw.ca/site/harm-reduction-in-canada-what-governments-need-to-do-now/?lang=fr>
42. Gee, M., (2 décembre 2018). *Within a year of release one in 10 ex prisoners die of overdose*. The globe and mail. Toronto. Disponible au <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-within-a-year-of-release-one-in-10-ex-prisoners-die-of-overdose/>
43. Radio Canada Québec. 10 juillet 2019. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1216209/site-injection-supervisee-point-de-reperes-craint-conservateurs-quebec>
44. Radio Canada Québec. 3 novembre 2019. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1374281/injection-supervisee-le-temps-presse-soutient-point-de-reperes>.
45. Wallace, B., Pagan, F., & Pauly, B. B. (2019). *The implementation of overdose prevention sites as a novel and nimble response during an illegal drug overdose public health emergency*. *International Journal of Drug Policy*, 66, 64-72.
46. Wallace, B., Kennedy, M. C., Kerr, T., & Pauly, B. (2019). *Factors associated with nonfatal overdose during a public health emergency*. *Substance use & misuse*, 54(1), 39-
47. CCDUS. (2015) *Preventing Drug and Alcohol-related Harms at Music Festivals in Canada*. Disponible en ligne au <https://www.ccsa.ca/preventing-drug-and-alcohol-related-harms-music-festivals-canada>
48. INSPQ. (2014) *La distribution de matériel d'injection stérile pour prévenir la transmission du VIH et des hépatites B et C au Québec*. Disponible au https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2085_distribution_materiel_injection_sterile.pdf
49. *Charte de reconnaissance du travail des pairs-aidants, 2019*, disponible au <https://www.facebook.com/pages/Community-Organization/Charte-de-reconnaissance-des-pairs-aidants-139242716885102/>
50. *Charte de reconnaissance du travail des pairs-aidants, 2019*, disponible au <https://www.facebook.com/pages/Community-Organization/Charte-de-reconnaissance-des-pairs-aidants-139242716885102/>
51. Copenhaver, M. M., Johnson, B. T., Lee, I. C., Harman, J. J., Carey, M. P., & SHARP Research Team. (2006). *Behavioral HIV risk reduction among people who inject drugs: meta-analytic evidence of efficacy*. *Journal of substance abuse treatment*, 31(2), 163-171.
52. *Charte de reconnaissance du travail des pairs-aidants, 2019*, disponible au <https://www.facebook.com/pages/Community-Organization/Charte-de-reconnaissance-des-pairs-aidants-139242716885102/>

