



Sauver des vies et protéger la santé : Renforcer le projet de loi C-37 pour élargir et accélérer l'accès aux sites d'injection supervisée

Présentation au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes
Le 6 février 2017

Document publié par le **Réseau juridique canadien VIH/sida**

INTRODUCTION

Au Canada, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (la LRCDAS ou « la Loi ») criminalise la possession ou le trafic de certaines substances contrôlées, notamment divers opioïdes (comme l'héroïne) et la cocaïne. Cependant, la *Loi* donne également au ministre fédéral de la Santé le pouvoir de soustraire « toute personne ou catégorie de personnes » à l'application de certaines dispositions de la *Loi*. Si cette exemption n'existait pas, les usagers et les responsables des sites de consommation supervisée (aussi appelés « services de consommation supervisée » ou SCS) pourraient être poursuivis au criminel pour possession d'une substance contrôlée, même s'ils se trouvent dans l'installation médicale en question.

Quand ils ont tranché en faveur du site d'injection supervisée de Vancouver, les tribunaux ont reconnu que, juridiquement, cet état de choses forçait les gens aux prises avec un problème de toxicomanie à choisir entre la préservation de leur liberté et la préservation de leur santé, voire de leur vie : une réalité qui nous frappe de plein fouet, étant donné le problème permanent des décès par surdose au Canada. La Cour suprême du Canada a déclaré qu'il serait inconstitutionnel de maintenir une interdiction générale touchant la possession de substances contrôlées sans tenir compte du fait qu'elle continue à criminaliser les personnes qui demandent ou fournissent des services dans des établissements comme les sites de consommation supervisée. Les tribunaux ont confirmé que le fait d'étendre le droit criminel jusque-là équivaldrait à une violation inconstitutionnelle des droits à la vie, à la liberté et à la sécurité des personnes en contrevenant à l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés*. C'est pourquoi il est essentiel que le ministre conserve le pouvoir d'accorder une exemption à la responsabilité criminelle découlant des dispositions de la LRCDAS, dans certaines circonstances (l'exercice approprié de ce pouvoir discrétionnaire étant entendu), de façon que la LRCDAS résiste à une contestation constitutionnelle¹.



Il s'ensuit donc, sur le plan tant de la logique que des principes, qu'un cadre juridique visant à exempter les SCS des interdictions prévues par la *Loi* devra également fournir un moyen efficace et rapide d'accorder cette exemption. Il devrait également être admis qu'un tel mécanisme ne sera pas discriminatoire (conformément à la garantie d'égalité de la *Charte*) et que, pour éviter l'arbitraire, les décisions seront fondées sur des données probantes. Malheureusement, le cadre législatif actuel du Canada néglige complètement ces deux aspects.

Le Réseau juridique canadien VIH/sida a donc applaudi lorsque le gouvernement a déposé en décembre 2016 le projet de loi C-37 qui permettrait de combler en partie ces lacunes². Nous applaudissons également la déclaration faite en parallèle par le gouvernement du Canada, qui renouvelle sa stratégie sur les drogues pour replacer la réduction des méfaits parmi « les principaux piliers » de sa politique et pour asseoir sa stratégie sur « une solide base de données probantes ». En outre, le gouvernement confie les rênes de cette nouvelle stratégie sur les drogues à Santé Canada, puisque son approche consiste à envisager la consommation de drogue et les politiques sur les drogues principalement comme une affaire de santé plutôt que comme une affaire relevant de la justice pénale³. Cette approche est logique, du point de vue de la santé publique. De plus, elle respecte les obligations juridiques du Canada – qui ne peut s'y soustraire – de prendre des mesures pour que le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé qu'elle soit capable d'atteindre soit respecté, protégé et réalisé, ce que le Canada doit faire « par tous les moyens appropriés, y compris en particulier l'adoption de mesures législatives⁴ », comme le projet de loi C-37.

Le projet de loi C-37 supprimerait en totalité les dispositions déficientes du cadre législatif actuel, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, ayant trait à l'obtention d'une exemption ministérielle pour offrir des services de consommation supervisée (SCS) sans risquer des poursuites au criminel. Ces changements sont demandés depuis longtemps. Le cadre législatif actuel, entré en vigueur en juin 2015⁵, est mesquin et discriminatoire. Il impose sans justification un fardeau excessif aux personnes dont les services visent à sauver des vies et à protéger la santé; il crée un processus on ne peut plus propice à la stigmatisation, à la discrimination et aux manœuvres et calculs politiques, alors que les décisions devraient être fondées exclusivement sur les données probantes relatives aux besoins en santé et aux avantages pour la santé⁶. La loi est largement contestée, que ce soit par des consommateurs de drogue qui ont besoin des services de réduction des méfaits, par des fournisseurs de services de première ligne, par des professionnels de la santé et les organismes qui les représentent et par des organismes de défense des droits de la personne et leurs experts⁷. Récemment, le comité d'experts des Nations Unies chargé de surveiller les progrès réalisés par le Canada quant au respect de ses obligations issues de traités visant à protéger les droits des femmes a lui aussi réclamé que ces dispositions soient entièrement supprimées, étant donné leur effet préjudiciable sur la santé des femmes consommatrices de drogue⁸.

Conformément à l'engagement pris par le gouvernement à l'égard de la réduction des méfaits et des politiques axées sur des données probantes, le **Réseau juridique canadien VIH/sida recommande deux modifications pour renforcer le projet de loi C-37** dans le but de s'assurer que le cadre législatif touchant l'octroi d'exemptions à la LRC DAS est simple, clair et rapide.

MODIFICATIONS RECOMMANDÉES DU PROJET DE LOI C-37

Recommandation 1 : Permettre aux autorités sanitaires provinciales, territoriales ou locales d'accorder une exemption selon un processus accéléré pour l'exploitation d'un SCS ou accorder cette exemption à leur demande selon un processus accéléré

La crise des opioïdes qui sévit actuellement au Canada – se traduisant notamment par des taux jamais vus de décès par surdose – met en relief le besoin déjà urgent d'élargir l'offre de services de santé fondés sur des données probantes permettant la prévention des maladies (y compris les infections transmises par le sang comme le VIH et l'hépatite C), mais aussi des blessures et des décès, chez les gens qui ont un problème de consommation de drogue. Comme le gouvernement le reconnaît, des services de consommation plus sûrs font partie des services essentiels à la protection et à la promotion de la santé publique dans le cadre d'un programme plus large et complet de lutte contre les problèmes de toxicomanie. Le mécanisme complexe selon lequel il faut demander une exemption ministérielle pour être soustrait à l'application de la LRC DAS et exploiter de tels services de santé sans risquer des poursuites au criminel constitue une antithèse à l'assurance d'un accès rapide à ces services, et les conséquences des retards qu'imposent les importants obstacles bureaucratiques sont mortelles.

Le projet de loi C-37 annulerait les dispositions actuelles de la *Loi* qui, à la fois, imposent des exigences indues aux demandeurs d'une exemption et contrecarrent sans justification la capacité du ministre fédéral de la Santé de répondre aux besoins en santé publique. Le projet de loi corrigerait donc jusqu'à un certain point les graves lacunes du régime actuel. Cependant, il devrait aller plus loin et éliminer toute possibilité que des considérations politiques (et parfois partisans) compromettent une réaction rapide et fondée sur des données probantes aux besoins en santé publique, particulièrement dans les situations d'urgence ou de crise.

De fait, une crise de cette nature s'est déclarée au cours de l'année, et le nombre de décès par surdose a augmenté de manière phénoménale dans plusieurs provinces, surtout en Colombie-Britannique, jusqu'ici; au bout du compte, tant les organismes de services de première ligne que le gouvernement provincial ont décidé avec une grande pertinence de ne pas tenir compte des exigences de la loi fédérale actuelle et d'ouvrir sans demander d'exemption des sites de consommation supervisée temporaires (dirigés principalement par des organismes de la société civile) et des sites que le gouvernement provincial a appelés des « sites de prévention des surdoses » (un autre nom désignant les sites de consommation supervisée)⁹. Puisqu'il est tout simplement impossible de tolérer l'inaction constante en face des problèmes urgents croissants dans le domaine de la santé publique, ces sites proposent leurs services malgré le risque que les usagers, le personnel et les bénévoles soient poursuivis pour possession de substances illégales. Les retards qu'entraîne actuellement le cadre complexe de la LRC DAS pour l'obtention et l'émission d'une exemption sont une *partie* du problème; le remplacement du cadre actuel par un ensemble plus simple d'options de réponse à des situations d'urgence est une *partie* nécessaire de la solution.

Nous recommandons spécifiquement que la LRC DAS permette qu'une exemption soit accordée à un service de consommation supervisée sans que les usagers, le personnel ou les bénévoles risquent des poursuites au criminel et que cette exemption puisse être accordée, outre par le ministre fédéral de la Santé, par un ministre provincial ou territorial de la Santé, par l'administrateur en chef de la santé publique d'une province ou le médecin-conseil en santé publique, qui aurait légalement le

pouvoir de le faire dans la région où le service serait établi. Permettre à ces fonctionnaires d'accorder des exemptions se justifie à plusieurs égards.

Premièrement, la prestation des services de santé relève principalement de l'administration provinciale, et, en pratique, ce sont principalement les décideurs et les fournisseurs de services provinciaux et locaux qui choisissent et mettent en place les services – ce qui comprend également le financement des services de santé.

Deuxièmement, la loi confère aux ministres de la Santé, aux administrateurs en chef de la santé publique et aux médecins-conseils en santé publique des provinces, territoires et administrations locales la responsabilité et le pouvoir de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être du public conformément aux lois provinciales et territoriales. Cette responsabilité suppose qu'ils prennent des mesures pour cerner, prévenir et atténuer les risques pour la santé présents sur leur territoire de compétence (c.-à-d. la province ou le territoire ou bien l'unité, l'autorité ou la région sanitaire), notamment en offrant divers services et programmes de santé. La loi leur confère également le pouvoir de surveiller et d'inspecter les installations et les services pour s'assurer de leur qualité et de leur sécurité, et aussi de rendre des ordonnances dans ce domaine. Toutefois, l'expérience des dernières années prouve que, jusqu'à très récemment, ces fonctionnaires n'ont pas eu la capacité ou la volonté d'autoriser l'établissement de services de consommation supervisée qui n'auraient pas d'abord été soustraits par le gouvernement fédéral à l'application de la LRCDas; la complexité du cadre législatif fédéral, qui retarde l'octroi de ces exemptions, devient une excuse commode pour certains décideurs des provinces qui refusent d'agir.

Troisièmement, les décisions relatives à l'offre des services de santé devraient être fondées sur des données probantes touchant les besoins et les avantages potentiels des services et ne s'appuyer sur aucune autre considération inappropriée. Malheureusement, au Canada, l'historique des sites d'injection supervisée – et des services de réduction des méfaits, plus généralement – offre de trop nombreux exemples d'une prise de décisions fondées sur la stigmatisation et les préjugés contre les consommateurs de drogue et sur les calculs politiques des décideurs politiques (qui agissent parfois en raison de cette stigmatisation et de ces préjugés, voire même qui les invoquent et les encouragent). Cette dynamique discriminatoire, aux conséquences mortelles, vise tout particulièrement à nuire aux efforts de mise sur pied de services de consommation supervisée, efforts qui sont déployés au Canada depuis plus de 20 ans.

L'exemple le plus flagrant de cette situation, c'est celui du gouvernement fédéral qui s'est opposé à Insite, pour des raisons politiques plutôt que fondées sur des données probantes, en entamant des poursuites qui ont duré des années et ont finalement été réglées en septembre 2011, lorsque la Cour suprême du Canada a tranché en faveur du site et ordonné au ministre fédéral de la Santé de l'époque d'accorder une exemption permanente à cette installation¹⁰. Après cet arrêt de la Cour, l'hostilité toujours réelle du gouvernement en place envers les SCS a conduit à l'adoption, en 2015, de la mal nommée *Loi sur le respect des collectivités* (le projet de loi C-2 de la dernière législature) qui a établi le cadre législatif actuel et tous les obstacles à l'octroi d'une exemption de l'application de la LRCDas. Plus de cinq ans après que la Cour a tranché en faveur d'Insite, deux sites seulement ont obtenu l'exemption ministérielle, et ce, malgré le besoin criant de services plus étendus. Comme il a été dit maintes et maintes fois, y compris par les organismes de première ligne qui désirent ajouter les SCS à leur offre de services en santé, une partie du retard découle de l'environnement politique hostile et des exigences législatives inutilement contraignantes qui ont été intégrées à la LRCDas en raison de cet environnement. Par ailleurs, bien que le gouvernement et la ministre de la Santé d'aujourd'hui ne

cessent de répéter qu'ils sont en faveur de tels services, ils agissent toujours conformément à la *Loi sur le respect des collectivités* en maintenant les contraintes indues de cette loi.

Il est inconcevable que l'accès à des services de santé vitaux pour les gens qui sont aux prises avec un problème de toxicomanie – souvent associé à de nombreux autres problèmes de santé – dépende de l'idéologie du gouvernement (fédéral) en place et qu'il varie selon le bon vouloir des politiciens.

Selon la version actuelle du projet de loi C-37, le ministre fédéral de la Santé resterait la seule personne habilitée à accorder une exemption aux responsables d'un site d'injection supervisée, qui pourraient offrir leurs services sans risquer de poursuites au criminel, mais ce ministre est un décideur qui n'a aucune responsabilité directe touchant la prestation des services de santé, et il est en outre susceptible de partialité politique. Il est important que le ministre fédéral de la Santé conserve le pouvoir d'accorder une exemption de l'application de la LRCDas. Toutefois, étant donné que 1) les exemptions dont il est question visent à permettre la prestation des services de santé, lesquels relèvent principalement des provinces et des administrations locales; 2) les autorités sanitaires provinciales et locales restent sur le plan juridique les principales responsables des mesures à prendre pour répondre aux besoins en santé; 3) l'histoire prouve amplement qu'il est important de s'assurer que les décisions relatives aux demandes d'exemption sont fondées sur des données probantes, excluant toute considération politique induite, il convient de prévoir d'autres mécanismes tout aussi valides pour l'obtention de l'exemption exigée permettant d'offrir de tels services de santé sans risquer de poursuites au criminel.

C'est pourquoi nous proposons de modifier le projet de loi C-37 afin d'intégrer des dispositions supplémentaires à l'article 56.1 de la LRCDas (de façon que le ministre fédéral puisse accorder une exemption lorsqu'un responsable de la santé provincial ou local le demande et le justifie) et de créer un nouvel article 56.2 (sur la délégation des pouvoirs d'accorder une exemption à un responsable de la santé provincial ou local lorsqu'il faut réagir à un besoin en santé publique local).

AMENDEMENTS PROPOSÉS

NOUVEAUX alinéas 56.1(6), 56.1(7) et 56.1(8) : Exemption pour les sites d'injection supervisée en réponse à la demande d'un responsable de la santé provincial ou local

- (6) Le ministre [fédéral] [de la Santé] peut accorder une exemption en application du paragraphe (1) sur réception d'une **demande écrite, présentée par le ministre provincial ou territorial responsable de la Santé** de la province ou du territoire sur lequel le site serait établi, le **premier professionnel de la santé publique** du gouvernement de la province ou du territoire sur lequel le site serait établi ou le **médecin-conseil en santé publique** ayant légalement la responsabilité de protéger la santé publique dans la région géographique dans laquelle le site serait établi, si le responsable qui présente la demande a déterminé que, à son avis, dans l'intérêt public, l'exemption demandée permet de s'attaquer à un risque pour la santé publique ou pour la sécurité publique dans la région dans laquelle le site serait établi et si la demande expose les fondements sur lesquels le responsable appuie son avis. Nonobstant le paragraphe (2), le ministre peut estimer que cette demande constitue un fondement suffisant pour concéder l'exemption.
- (7) Sur réception d'une demande, conformément au paragraphe (6), le ministre devra **rendre sa décision dans les sept jours** de la réception de la demande et devra publier par écrit sa décision et, si la décision est négative, y exposer ses motifs.

- (8) Lorsqu'il accorde une exemption en réponse à la demande présentée par un responsable en application du paragraphe (6), le ministre peut y assujettir la condition que le responsable qui a présenté la demande soumette au ministre, dans les 14 jours après avoir obtenu cette exemption, des informations écrites confirmant les ressources disponibles ou qui seront disponibles pour assurer l'entretien du site.

NOUVEL article 56.2 : Exemption accordée à un site d'injection supervisée par un responsable de la santé provincial ou local

- (1) En vue de permettre que certaines activités se déroulent dans un site de consommation supervisée, **le ministre provincial ou territorial responsable de la Santé** de la province ou du territoire sur lequel le site serait établi, le **premier professionnel de la santé publique** du gouvernement de la province ou du territoire sur lequel le site serait établi ou le **médecin-conseil en santé publique** ayant légalement la responsabilité de protéger la santé publique dans la région géographique dans laquelle le site serait établi peut, conformément à toute condition que ce responsable estime nécessaire, soustraire les personnes ou les substances suivantes à l'application de la totalité ou d'une partie des dispositions de la présente loi ou de son règlement, si, à son avis, **dans l'intérêt public, l'exemption demandée permet de s'attaquer à un risque pour la santé publique ou pour la sécurité publique dans la région dans laquelle le site serait établi :**
- (a) une personne ou catégorie de personnes relativement à une substance désignée ou à un précurseur obtenus d'une manière non autorisée sous le régime de la présente loi;
 - (b) une substance désignée ou un précurseur, ou une catégorie de ceux-ci, obtenus d'une telle manière.
- (2) Le responsable désigné au paragraphe (1) peut accorder une exemption prévue dans ce paragraphe pour une période allant **jusqu'à deux ans**.
- (3) Le responsable nommé au paragraphe (1) peut **renouveler une exemption accordée en application de ce paragraphe**, si, à son avis, dans l'intérêt public, l'exemption demandée continue de permettre de s'attaquer à un risque pour la santé publique ou pour la sécurité publique dans la région dans laquelle le site est ou serait établi.

Recommandation 2 : Utiliser des critères plus simples et fondés sur des données probantes pour accorder une exemption

En septembre 2011, la Cour suprême a déclaré que, lorsqu'il doit décider s'il faut accorder ou non une exemption, le ministre fédéral de la Santé doit exercer le pouvoir discrétionnaire que la LRCDas lui confère en conformité avec la *Charte* : le ministre doit « se demander si le refus d'une exemption porterait atteinte aux droits à la vie et à la sécurité des personnes autrement qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale¹¹ ». La Cour déclare en outre que, au moment de rendre une telle décision, le ministre doit prendre en compte la preuve, « si preuve il y a », concernant plusieurs facteurs, lesquels sont énumérés ci-dessous :

- l'incidence d'un tel centre sur le taux de criminalité;

- les conditions locales indiquant qu'un centre d'injection supervisée répond à un besoin;
- la structure réglementaire en place permettant d'encadrer le centre;
- les ressources disponibles pour voir à l'entretien du centre;
- les expressions d'appui ou d'opposition de la communauté¹².

Il est important de souligner ce que la Cour a dit et ce qu'elle n'a pas dit dans cet arrêt. Elle a dit que si preuve il y avait concernant les facteurs soumis au ministre, cette preuve devrait être prise en compte. Elle n'a pas dit qu'une preuve liée à un facteur soumis au ministre sera nécessairement déterminante.

La Cour n'a pas non plus dit que le ministre examinera la demande et accordera une exemption seulement si la preuve présentée avec la demande a trait à chacun des cinq facteurs. L'arrêt de la Cour suprême n'oblige pas le Parlement à adopter des lois exigeant que les demandes présentées au ministre comprennent de l'information sur ces cinq facteurs. Toutefois, il serait *possible* d'interpréter le projet de loi C-37 en ce sens (nous soutenons par contre qu'une telle interprétation serait injustifiée et incorrecte). C'est pourquoi nous recommandons quelques modifications visant à assurer que le projet de loi C-37 – et en particulier le nouveau paragraphe 56.1(2) proposé – ne remplace pas le cadre législatif actuel par un autre qui, quoiqu'amélioré, risque néanmoins de placer des obstacles sur le chemin des SCS.

Le projet de loi C-37 propose tout simplement d'intégrer un des paragraphes de l'arrêt de la Cour suprême dans la loi en tant que nouveau cadre législatif s'appliquant aux exemptions demandées par des SCS; cette approche soulève dans notre esprit deux grandes préoccupations.

Premièrement, rien ne justifie que les décisions d'accorder ou non une exemption à un SCS qui le demande soient fondées sur « l'incidence d'un tel centre sur le taux de criminalité ». Cette référence à la criminalité, malheureusement, est apparue dans l'affaire *Insite* portée devant la Cour suprême parce que le précédent gouvernement avait à plusieurs reprises déclaré publiquement – sans aucun fondement probant – que les SCS étaient associés à une hausse de la « criminalité » et qu'il avait en outre suggéré que les fournisseurs de services exploitant un SCS pourraient avoir à justifier les services de santé en question en prouvant non seulement que ces services procuraient des avantages sur le plan de la santé, mais également qu'ils entraînaient une réduction de la criminalité. Mais les SCS sont des services de santé qui sont soit offerts de façon indépendante et exclusive, soit intégrés dans d'autres services de santé s'adressant aux toxicomanes. La réduction de la criminalité n'est pas leur objectif¹³. Il n'est pas plus logique ou légitime d'exiger qu'un SCS entraîne une diminution du taux de criminalité que de s'attendre à ce qu'une clinique de santé ou un hôpital le fasse. De la même façon, ce n'est pas parce qu'on noterait une augmentation du taux de criminalité aux alentours d'un hôpital que l'on pourrait justifier la fermeture de cet hôpital. L'évaluation des services de santé à la lumière des statistiques sur la criminalité ne répond à aucune norme ou considération pertinente.

Deuxièmement, si la Constitution garantit que le droit d'une personne d'avoir accès à des services de santé comme ceux offerts dans un SCS ne peut être restreint par un État qui étendrait la portée de ses lois en matière criminelle, on peut s'inquiéter à l'idée que la décision d'un ministre d'accorder ou de refuser un permis d'exploitation à une installation de santé de ce type soit liée au fait qu'une collectivité ou certains segments d'une collectivité soutiennent cette proposition ou s'y opposent. Certes, les autorités gouvernementales et les services de police locaux, pendant qu'ils travaillent dans une collectivité, peuvent favoriser l'acceptation d'installations de ce type, ce qui les aide à mieux fonctionner, mais il serait injustifié et excessif que leur opinion doive obligatoirement compter lorsqu'il

est question d'accorder une exemption, voire même d'en présenter la demande. Aucune exigence de cette nature n'est imposée aux autres services de santé s'adressant à des personnes qui ne consomment pas de drogue. Les « opinions », lesquelles ne sont pas nécessairement fondées sur des données probantes, ne peuvent légitimement constituer une exigence. Le fait que les services de consommation supervisée sont destinés à des personnes qui consomment de la drogue semble l'unique raison de ce traitement exceptionnel et de ces normes plus contraignantes. Cela est particulièrement préoccupant, étant donné que les personnes qui consomment de la drogue forment une population stigmatisée et souvent marginalisée et que l'opposition de la collectivité à l'établissement de services liés à la drogue est souvent fondée sur des idées fausses, sur la peur et sur des suppositions dénuées de fondement touchant la drogue, les consommateurs de drogue et les programmes de réduction des méfaits. L'expérience nous a déjà appris que certains services, par exemple les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues ou les cliniques de méthadone, soulèvent parfois l'opposition de la collectivité lorsque celle-ci se fonde sur de fausses idées et des préjugés – cette opposition réussit parfois à empêcher qu'un service soit offert là où il est nécessaire et serait accessible. Étant donné que les consommateurs de drogue sont toujours stigmatisés et diabolisés et compte tenu du fait (déjà souligné) que le gouvernement fédéral peut exprimer son hostilité à l'égard des personnes qui consomment de la drogue et des services de réduction des méfaits tels les SCS, il serait malvenu d'adopter une loi susceptible de faire en sorte que la stigmatisation et les préjugés d'une collectivité deviennent des facteurs légitimes de la décision portant sur les exemptions demandées. Cela pourrait faire en sorte que les droits supposés d'une population minoritaire particulièrement stigmatisée deviennent l'otage des préjugés de la majorité. (Une décision qui serait fondée sur cette opposition pourrait bien sûr faire l'objet d'un examen judiciaire du refus du ministre, si cela pouvait être prouvé — mais ce serait difficile. Toutefois, cette procédure entraînerait des retards et des dépenses supplémentaires, qui retomberaient sur les épaules des personnes désirant offrir ce service en réponse à un besoin en santé urgent, ce qui augmenterait le nombre des maladies, des blessures et des décès avant le règlement du litige par un tribunal.)

Enfin, la question des ressources du SCS doit être réglée intelligemment. Nous tenons à souligner que, étant donné la façon dont les choses se passent jusqu'ici en ce qui concerne les exemptions accordées en application de la LRC DAS aux SCS, les fournisseurs de services potentiels se retrouvent encore, dans certains cas, dans une impasse. À l'heure actuelle, l'alinéa 56.1(3)q) de la LRC DAS prévoit que le ministre ne peut examiner une demande d'exemption que s'il a reçu du demandeur « un plan de financement démontrant la faisabilité et la viabilité de son exploitation ». Pourtant, les fournisseurs de services dépendent en bonne partie, pour le financement des services de santé, du gouvernement provincial ou de l'administration municipale; dans certains cas, ces ordres de gouvernement hésitent à promettre de financer un SCS tant que le ministre fédéral n'aura pas accordé l'exemption demandée. Le projet de loi C-37, dans sa version actuelle, prévoit toujours, dans le nouveau paragraphe 56.1(2) proposé, que la demande soit « accompagnée [...] de renseignements concernant [...] les ressources disponibles pour voir à l'entretien du site ». Si le projet de loi C-37 vise à simplifier le processus d'obtention d'une exemption par un SCS, il faudrait revoir ce cadre législatif en tenant compte de cette réalité et des obstacles auxquels font face certains fournisseurs éventuels de services de consommation supervisée, et, en particulier, il faudrait que le cadre législatif prévoie explicitement une plus grande souplesse du processus d'examen et d'octroi des exemptions. Par exemple, un ministre pourrait accorder une exemption visant un SCS solidement conçu, même si le fournisseur de services éventuel n'a toujours pas obtenu le financement nécessaire; ainsi, pour ce fournisseur de services, le fait d'avoir obtenu cette exemption lui donnerait plus facilement accès à du financement.

À la lumière des considérations susmentionnées, nous recommandons que le nouvel article 56.1 de la LRCDas prévu dans le projet de loi C-37 soit modifié de la façon suivante :

AMENDEMENTS PROPOSÉS

Paragraphe 56.1(2) TEL QUE MODIFIÉ et NOUVEAU paragraphe 56.1(2.1) : Demande d'exemption

- (2) En application du paragraphe (1), la demande d'exemption est accompagnée de la preuve, présentée selon les modalités fixées par le ministre, des effets bénéfiques attendus du site sur la santé et de la preuve concernant les conditions locales indiquant qu'un tel site répond à un besoin.
- (2.1) Au moment de rendre une décision en application du paragraphe (1), le ministre peut tenir compte de la structure réglementaire en place permettant d'encadrer le site ainsi que des ressources disponibles, ou pouvant devenir disponibles moyennant l'obtention d'une exemption, pour voir à l'entretien du site.

CONCLUSION

Le projet de loi C-37 a entre autres pour objectif « de simplifier le processus de demande d'exemption pour permettre l'exercice de certaines activités dans un site de consommation supervisée ainsi que celui des demandes d'exemption subséquentes¹⁴ ». Ce projet de loi, qui abroge en entier l'actuel cadre législatif préjudiciable portant sur les exemptions qu'un ministre peut accorder à un SCS, est un pas dans la bonne direction. Toutefois, nous recommandons d'améliorer encore davantage ce projet de loi en y intégrant les réformes que nous venons de proposer, à savoir :

- **Procédures relatives à l'exemption :**
 - Dans le but de permettre qu'une exemption soit rapidement accordée lorsqu'un besoin en santé se présente à l'échelle locale (y compris une situation d'urgence), la *Loi* devrait autoriser le ministre fédéral de la Santé à accorder rapidement une exemption en se fondant tout simplement sur une demande dûment motivée présentée par un ministre provincial ou territorial de la Santé, l'administrateur en chef de la santé publique d'une province ou d'un territoire ou le médecin-conseil en santé publique d'une localité (en permettant au ministre fédéral d'exiger comme condition à l'exemption que le demandeur (responsable de la santé provincial, territorial ou local) confirme qu'il a l'intention et la capacité d'obtenir des ressources pour voir au soutien du site).
 - De plus, à titre de mécanisme de rechange, la *Loi* devrait déléguer aux responsables provinciaux, territoriaux ou locaux de la santé, qui sont tenus par la loi de prendre des mesures pour répondre aux besoins en santé publique se présentant sur leur territoire de compétence, le pouvoir d'accorder une exemption permettant les activités d'un site de consommation supervisée dans leur secteur, sans risque de poursuites au criminel.
- **Renseignements à fournir dans la demande :** Pour faire en sorte que les décisions touchant une demande d'exemption sont fondées sur des éléments de preuve pertinents, la *Loi* devrait exiger quelques éléments de preuve relatifs au besoin à l'échelle locale de ce site et à ses avantages escomptés pour la santé. La *Loi* ne devrait pas intégrer des considérations relatives à

« l'incidence [...] sur le taux de criminalité » (puisque'il ne s'agit pas d'un paramètre convenant à l'évaluation du besoin en services de santé ou de leurs avantages) ou aux « expressions d'appui ou d'opposition de la communauté » (puisque cela ouvre la porte à la désinformation, à la stigmatisation et aux préjugés, qui pourraient altérer une décision devant être fondée sur des éléments de preuve). Le ministre devrait pouvoir examiner la structure réglementaire en place permettant d'encadrer le site et tout ce qui concerne les ressources nécessaires à l'exploitation de ce site, mais la *Loi* devrait être formulée de telle manière que, en pratique, l'existence du financement comme *condition préalable* à l'obtention d'une exemption ne soit pas une exigence.

Faciliter les SCS au-delà des réformes législatives

De plus, au-delà des réformes législatives directes touchant la LRCDas, il sera important de s'assurer que l'approche est toujours fondée sur des données probantes et vise toujours à faciliter l'accès aux services de santé là où ils sont nécessaires. Bien que le projet de loi C-37 permette de supprimer certaines des exigences inutiles et injustifiées de la LRCDas, il est important que Santé Canada cesse de les intégrer à ses règlements, lignes directrices ou pratiques touchant l'examen des demandes d'exemption ministérielle. Le projet de loi C-37 comprend une nouvelle disposition bienvenue – le nouveau paragraphe 56.1(5) proposé – visant à assurer la transparence du processus décisionnel du ministre. Toutefois, une certaine transparence *après les faits* s'impose, après qu'une décision est prise. C'est pourquoi nous recommandons que le gouvernement, en plus de simplifier le cadre législatif s'appliquant aux exemptions accordées aux SCS,

- s'engage publiquement et officiellement à faire en sorte que les exigences contraignantes qui seront supprimées de la LRCDas en vertu du projet de loi C-37 ne soient pas intégrées dans un règlement, une ligne directrice ou une pratique;
- publie, y compris en ligne, toutes les lignes directrices ministérielles ou tout document de même nature servant d'orientation aux décisions touchant les demandes d'exemption.

Au-delà du projet de loi C-37 : Réduction des méfaits liés aux drogues et des aspects négatifs des politiques sur la drogue

Enfin, dans le contexte de la crise nationale des décès dus à une surdose d'opioïdes, la ministre fédérale de la Santé, Jane Philpott, a déclaré lorsqu'elle a déposé le projet de loi C-37 en décembre 2016 que le Canada adoptait une nouvelle stratégie de lutte contre la drogue, selon laquelle la toxicomanie était principalement un problème de santé, plutôt qu'un problème de justice pénale, et qui faisait de nouveau de la réduction des méfaits un pilier fondamental. Il s'agit d'un changement d'une importance critique.

Toutefois, un réel engagement à l'égard d'une politique sur la drogue qui serait davantage axée sur la santé et sur les données probantes devrait aller plus loin. Les services de réduction des méfaits demeurent lamentablement sous-financés dans la plupart des régions du Canada, tant par le gouvernement fédéral que par les gouvernements provinciaux et territoriaux. Les services de base offerts depuis longtemps, par exemple les programmes d'échange de seringues, sont encore nettement insuffisants, et les gouvernements continuent de refuser de les intégrer aux programmes offerts dans les prisons fédérales ou provinciales et territoriales (car ils refusent d'accorder foi aux données probantes réunies depuis plus de deux décennies indiquant que des programmes de ce type sont bénéfiques et donnent d'excellents résultats dans de nombreux autres pays). La nouvelle Stratégie canadienne sur les

drogues et autres substances devrait chercher à améliorer et à étendre les services de réduction des méfaits de même qu'à augmenter leur financement (les provinces et territoires devraient faire la même chose).

Cependant, le Canada ne doit pas chercher uniquement à consolider certains services de réduction des méfaits; il doit également s'engager à revoir de fond en comble ses politiques et lois en matière de drogue. **Une véritable approche axée sur la réduction des méfaits doit tenir compte des avantages et des inconvénients non seulement des diverses drogues, mais aussi de nos politiques et de la manière dont elles sont appliquées.** Des données probantes toujours plus nombreuses montrent que le fait de toujours mettre l'accent sur l'interdiction des drogues – au moyen de services de police, de poursuites ou de peines d'emprisonnement – rate sa cible déclarée, c'est-à-dire assurer la santé et la sécurité du public grâce à cette interdiction, mais aussi pèse lourd dans les dépenses publiques, nuit à la santé publique et porte atteinte aux droits de la personne, au Canada¹⁵ et partout ailleurs dans le monde¹⁶. Les données probantes s'accumulent aussi quant au fait que l'abandon de l'interdiction, y compris la décriminalisation de la possession de drogue pour usage personnel¹⁷ et l'adoption d'une approche plus judicieuse en matière de réglementation, toutes drogues confondues¹⁸, entraîne des avantages au chapitre de la santé et des droits de la personne de même que des avantages fiscaux.

Le Canada devrait tenir compte de ces données probantes et prendre les mesures qui s'imposent en adoptant des réformes substantielles des lois et des politiques de manière à renouveler du tout au tout son approche en matière de drogue – et le financement de cette approche –, pour abandonner les possibilités de poursuites au criminel et adopter plutôt une approche réellement axée sur la santé, les données probantes et les droits de la personne. Si le gouvernement ne change pas son orientation, nous continuerons de subir les ravages du VIH, de l'hépatite C, des surdoses, des services de santé inadéquats, des excès au chapitre du maintien de l'ordre et de l'emprisonnement, qui touchent particulièrement certaines des personnes les plus marginalisées de la société canadienne.

¹ Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society, 2011 CSC 44. Accessible à l'adresse suivante : <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/7960/index.do>.

² Réseau juridique canadien VIH/sida, « Le projet de loi C-37, un progrès bienvenu pour des sites salvateurs de consommation supervisée et des politiques sensées sur les drogues au Canada », 12 décembre 2016. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.aidslaw.ca/site/bill-c-37-a-welcome-step-forward-for-life-saving-supervised-consumption-sites-and-sound-drug-policy-in-canada/?lang=fr>.

³ Santé Canada, « Le gouvernement du Canada annonce l'adoption d'une nouvelle stratégie globale sur les drogues, portée par des propositions de réformes législatives », communiqué de presse, Ottawa, 12 décembre 2016. Accessible à l'adresse suivante : http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?nid=1168519&_ga=1.132304910.1831632786.1411756171.

⁴ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966), 999 UNTS 3, articles 2 et 12. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.

⁵ Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (« Loi sur le respect des collectivités »), L.C. 2015, ch. 22. Accessible à l'adresse suivante : http://www.parl.gc.ca/content/hoc/Bills/412/Government/C-2/C-2_4/C-2_4.PDF.

⁶ C. Kazatchkine, R. Elliott et D. MacPherson, « Une injection de raison – Analyse critique de la Loi sur le respect des collectivités (Q&R) », Toronto et Vancouver, Réseau juridique canadien VIH/sida et Coalition canadienne des politiques sur les drogues, 2016. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.aidslaw.ca/site/an-injection-of-reason-critical-analysis-of-the-respect-for-communities-act-qa/?lang=fr>.

⁷ Ibid. Voir à la page 6 de ce document la liste des organismes qui ont formulé un avis sur le cadre actuel.

⁸ Comité des NU pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, « Concluding Observations on the combined eighth and ninth periodic reports of Canada », UN Doc. CEDAW/C/CAN/CO/8-9, 18 novembre 2016, paragr. 45(b) [EN ANGLAIS SEULEMENT]. Accessible à l'adresse suivante :

http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/CAN/CEDAW_C_CAN_CO_8-9_25100_E.docx.

⁹ Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, « Ministerial order supports urgent overdose response action », 12 décembre 2016. Accessible à l'adresse suivante : <https://news.gov.bc.ca/releases/2016HLTH0094-002737>. Arrêté du

ministre de la Santé, arrêté ministériel M488, 9 décembre 2016. Accessible à l'adresse suivante :

http://www.bclaws.ca/civix/document/id/mo/mo/2016_m488.

¹⁰ *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society*, 2011 CSC 44.

¹¹ *Ibid*, paragr. 153.

¹² *Ibid*.

¹³ En fait, une recherche approfondie examinée par les pairs portant sur l'évaluation du site Insite de Vancouver a révélé que ce site avait *amélioré* l'ordre public et n'avait pas fait augmenter la consommation de drogue ou la criminalité : Urban Health Research Initiative, B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS, *Insight into Insite*, janvier 2010. Accessible à l'adresse suivante : http://www.cfenet.ubc.ca/sites/default/files/uploads/publications/insight_into_insite.pdf.

¹⁴ Projet de loi C-37, « Résumé », paragr. a).

¹⁵ Réseau juridique canadien VIH/sida, *Drug policy and human rights: the Canadian context – Submission to the Office of the UN High Commissioner for Human Rights*, 2015 [EN ANGLAIS SEULEMENT]. Accessible à l'adresse suivante :

<http://www.aidslaw.ca/site/drug-policy-and-human-rights-ohchr/?lang=fr>.

¹⁶ S. Boyd, C.I. Carter et D. MacPherson, *More Harm Than Good: Drug Policy in Canada* (Halifax et Winnipeg : Fernwood Publishing, 2016); Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Étude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de l'homme*, Rapport au Conseil des droits de l'homme, UN Doc. A/HRC/30/65, 4 septembre 2015. Accessible à l'adresse suivante :

http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session30/Documents/A_HRC_30_65_FRE.docx; T. Babor et coll., *Drug Policy and the Public Good*, Oxford University Press, Oxford, 2010; S. Rolles et coll., *The Alternative World Drug Report* (2^e éd), Transform Drug Policy Foundation, Londres, 2016. Accessible à l'adresse suivante :

<http://www.countthecosts.org/alternative-world-drug-report-2nd-edition>; Commission globale de politique en matière de drogue, *La guerre aux drogues face au VIH/sida : Comment la criminalisation de l'usage de drogues aggrave la pandémie mondiale*, 2012. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/the-war-on-drugs-and-hivaids>; Commission globale de politique en matière de drogue, *L'impact négatif de la guerre contre la drogue sur la santé publique : l'épidémie cachée d'hépatite C*, 2013. Accessible à l'adresse suivante :

<http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/the-negative-impact-of-the-war-on-drugs-on-public-health-the-hidden-hepatitis-c-epidemic>; Commission Mondiale sur le VIH et le Droit, *Risques, droit et santé*, UNDP, New York, 2012).

¹⁷ P. ex. A. Domosławski, *Drug Policy in Portugal: The Benefits of Decriminalizing Drug Use*, Open Society Foundations, New York, 2011; Commission globale de politique en matière de drogue, *Pour une véritable dépénalisation des drogues : étape nécessaire de la réforme des politiques publiques*, 2016. Accessible à l'adresse suivante :

<http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/advancing-drug-policy-reform/>.

¹⁸ S. Rolles, *After the War on Drugs: Blueprint for Regulation*, Transform Drug Policy Foundation, Londres, 2009. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.tdpf.org.uk/resources/publications/after-war-drugs-blueprint-regulation>.