



Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network | Réseau
juridique
canadien
VIH/sida

SERVICES DE CONSOMMATION SUPERVISÉE AU CANADA : DES CHANGEMENTS QUI TARDENT À VENIR

RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA
ANNIE FOREMAN-MACKEY ET CÉCILE KAZATCHKINE



INTRODUCTION

Les services de consommation supervisée (SCS) consistent en la fourniture d'un environnement sûr et hygiénique dans lequel il est possible d'utiliser des drogues avec du matériel stérile sous la supervision d'employés ou de bénévoles formés.¹ Les SCS font partie d'une approche plus large de réduction des méfaits liés à l'usage de drogues. Cette approche promeut la sécurité, la santé et la dignité.

De nombreuses personnes qui consomment des drogues ne peuvent pas ou ne souhaitent pas arrêter.² Comme d'autres services de réduction des méfaits (p. ex. les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues), les SCS constituent une réponse pragmatique, nécessaire et humaine à cet état des choses. Les SCS offrent un environnement sécuritaire, du matériel stérile et un accès à des services sociaux et de santé. Et ils permettent aux personnes utilisatrices de drogues de bénéficier de tout cela sans craindre d'être arrêtées ou harcelées. Ces services servent et protègent parmi les personnes utilisatrices de drogues les plus marginalisées et dont les besoins en termes de services sociaux et de santé physique et mentale sont rarement comblés.³ Les SCS permettent en particulier un meilleur accès aux traitements et aux soins tout en réduisant les risques pour la santé liés à l'usage de drogues tels que les décès par surdose et la transmission de maladies infectieuses par la réutilisation de matériel d'injection par exemple. Les SCS contribuent à la sécurité et à la qualité de vie dans les communautés en réduisant l'usage de drogues dans les lieux publics et les volumes d'aiguilles et autres matériels abandonnés.⁴ En dépit des preuves indiscutables de leurs apports bénéfiques, les SCS continuent de soulever des préoccupations au sein du grand public. Pour ce dernier, les SCS pourraient encourager l'usage de drogues ou nuire à l'ordre public. Les SCS constituent un sujet hautement politisé et la méconnaissance et les préjugés vis-à-vis des personnes qui utilisent des drogues engendrent des barrières importantes à la mise en place de tels services.

Aujourd'hui, il existe plus de 100 SCS officiels à travers le monde, en plus des SCS au Canada. On les retrouve en Australie, au Danemark, en Allemagne, au Luxembourg, aux Pays-Bas, en Norvège, Espagne, France, Belgique et Suisse.⁵ Des efforts sont en cours aux États-Unis, en Écosse, en Irlande et au Portugal pour mettre en œuvre des SCS.⁶ Avec 31 infrastructures réparties entre 25 villes, les Pays-Bas sont actuellement le pays d'Europe avec le plus grand nombre de SCS.⁷



Cadre terminologique

Dans le cadre du présent rapport, nous utilisons la terminologie « **services de consommation supervisée** » pour désigner les services qui permettent la consommation de drogues (habituellement des drogues obtenues illégalement) sous la supervision d'employés ou de bénévoles formés et dans un environnement sûr et hygiénique.

Notre définition des SCS est volontairement large afin d'englober les multiples formes de consommation supervisée. Au Canada, les SCS sont actuellement offerts dans des « sites de consommation supervisée » qui opèrent dans le cadre d'une exemption accordée par le ministre fédéral de la Santé pour « raisons médicales » en vertu de l'article 56.1 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDAS). Des SCS sont aussi offerts dans des « sites de prévention des surdoses » (SPS) temporaires. Concrètement, les « sites de prévention des surdoses » sont des sites de consommation supervisée à bas seuil, mais le fait qu'ils portent un autre nom s'est révélé déterminant pour leur rapide expansion en réponse à la crise de surdoses. Contrairement aux « sites de consommation supervisés », les SPS ont été autorisés soit, unilatéralement par le gouvernement provincial (c'est le cas en Colombie-Britannique), soit sur la base d'une exemption accordée par le ministre fédérale de la Santé aux gouvernements provinciaux en vertu de l'article 56 de la LRCDAS (c'est le cas en Alberta et en Ontario). D'autres SPS fonctionnent ou ont fonctionné sans approbation officielle du fédéral ou du provincial.

Étant donné l'importance d'avoir une large gamme de modèles diversifiés de SCS au Canada, ce rapport ne fait pas des distinctions entre les sites de consommation supervisée et les SPS sauf lorsque cela est nécessaire pour clarifier l'historique des SCS au Canada et les différents cadres juridiques applicables.



SURVOL HISTORIQUE DES SCS AU CANADA

Comme dans beaucoup de pays, la mise en place des SCS au Canada a été, et est encore, largement tributaire du contexte politique et reste sensible aux changements de gouvernement. Aujourd'hui, un SCS qui bénéficie d'une exemption fédérale garantit à ses clients et employés une protection contre des poursuites criminelles pour possession de drogues sur la base de la LRCDAS. Mais, dans les années 90, c'est sans autorisation que des groupes communautaires menés par des pairs ont ouvert et offert des SCS et ces groupes continuent à combler les vides lorsque des services indispensables sont indisponibles ou non-autorisés.⁸ C'est en 2003, à Vancouver, qu'a enfin ouvert Insite, le premier SCS connu pour fonctionner avec une exemption officielle. Insite a ouvert grâce aux efforts de la communauté et à la coopération des gouvernements au niveau municipal, provincial et fédéral. En dépit des bénéfices notables qu'offrent les SCS tant pour les personnes utilisatrices de drogues que pour les communautés, les efforts ultérieurs pour multiplier et étendre l'accès à ces services à travers le pays ont été constamment sapés par l'opposition politique et les obstacles législatifs. Il a fallu attendre 13 ans et une nouvelle crise de santé publique pour que de nouveaux SCS ouvrent enfin leurs portes au Canada.

GRANDES ÉTAPES DU DÉVELOPPEMENT DES SCS AU CANADA :

2002 – Situé à Vancouver, en Colombie-Britannique, le Dr. Peter Centre est le premier établissement de santé à superviser des injections au Canada. Le centre gère un programme de soins de jour relatif au VIH/sida et une résidence pour les personnes vivant avec le VIH où des soins infirmiers sont offerts 24 h/24. Cette résidence est plus particulièrement destinée aux personnes ayant des pathologies multiples et faisant face à d'importants obstacles sociaux dans l'accès aux soins. Durant de nombreuses années, le Dr. Peter Centre a offert des SCS sans exemption fédérale officielle. La position du Dr. Peter Centre était que cette activité de supervision faisait partie intégrante de la pratique admise du personnel infirmier. L'équipe du centre était soutenue dans sa démarche par un énoncé d'opinion de la Registered Nurses Association of British Columbia (RNABC) – devenue depuis Nurses and Nurse Practitioners of BC (NNPBC) – l'association professionnelle qui représente les infirmières et infirmiers autorisés ainsi que les infirmières et infirmiers praticiens de la province.⁹

2003 – Insite, le premier SCS à opérer avec une exemption officielle du gouvernement fédéral ouvre ses portes dans le quartier de Downtown Eastside à Vancouver. C'est dans ce quartier que les autorités locales de santé avaient déclaré un état d'urgence de santé publique dès 1997 en raison d'une dramatique augmentation des décès par surdose et des maladies infectieuses.¹⁰ Ce site fut tout d'abord mis en place en tant que projet-pilote pour une durée de trois ans et sous de strictes conditions d'évaluation. Insite, au début de ses activités était uniquement un site de consommation supervisée. Les personnes pouvaient y utiliser des drogues injectables sous la supervision d'un personnel infirmier et d'employés en soins de santé. Elles pouvaient y être orientées vers d'autres services compétents en réduction des méfaits, traitements et services sociaux. Plus tard, un programme de désintoxication et de maison de transition offrant des services de santé a été ajouté dans les mêmes locaux.¹¹ Depuis son ouverture, Insite a fait l'objet de plus de 30 articles dans des publications scientifiques et médicales de renommée internationale et dont le contenu est jugé par des pairs. La recherche établit clairement que Insite a eu de nombreux effets positifs tant pour les personnes utilisatrices de drogues que pour la communauté dans son ensemble.¹²

2006 – Un nouveau gouvernement conservateur opposé à la réduction des méfaits et aux SCS est élu au Canada. Un an plus tard, le gouvernement lance une nouvelle stratégie nationale sur les drogues et supprime la réduction des méfaits en tant qu'élément officiel de la stratégie fédérale canadienne sur les drogues.¹³

2008 – Le ministre fédéral de la Santé annonce qu'il ne renouvellera pas l'exemption accordée à Insite. La Portland Hotel Society, le Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU) et deux des clients d'Insite contestent cette décision jusque devant la Cour suprême du Canada (ci-après « l'affaire Insite »).¹⁴

2011 – La Cour suprême du Canada (CSC), à l'unanimité, ordonne au ministre fédéral de la Santé de renouveler l'exemption d'Insite.¹⁵ Selon la Cour, refuser cette exemption porterait atteinte au droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne d'une façon à la fois « arbitraire » et « largement disproportionnée », en obligeant les personnes utilisatrices de drogues injectables à s'exposer à des risques de poursuites criminelles pour accéder à des services de santé essentiels. Une telle violation de l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* ne peut être justifiée par le gouvernement. Dans sa décision, la CSC énonce également les éléments que le ministre doit prendre en considération lorsqu'il exerce son pouvoir discrétionnaire d'accorder ou de refuser une exemption.

2015 – En réponse à la décision de la CSC, le gouvernement fédéral introduit le projet de *Loi sur le « respect » des collectivités* (nos guillemets, couramment nommée *Projet de loi C-2*). Ce projet impose un processus de demande d'exemption ministérielle particulièrement laborieux pour les SCS dans le cadre d'un nouvel article 56.1 ajouté à la LRCIDAS.¹⁶ Cette loi fut adoptée en juin 2015 et s'avéra être un obstacle important au développement des SCS au Canada.¹⁷ Jusqu'en 2016, aucun nouveau SCS ne fut autorisé.

Octobre 2015 – Un nouveau gouvernement fédéral favorable aux SCS est élu au Canada.¹⁸

2016 – En janvier, le Dr. Peter Centre obtient une exemption officielle¹⁹ pour offrir des SCS et en mars 2016, l'exemption d'Insite est renouvelée.²⁰ En décembre, le gouvernement fédéral refait de la réduction des méfaits un des piliers de la stratégie du Canada sur les drogues.²¹

2017 – Le nouveau gouvernement abroge la *Loi sur le respect des collectivités* et la remplace par le projet de loi C-37 (*Loi modifiant la LRCIDAS*) qui entre en vigueur en mai 2017.²² Le projet de loi C-37 ne supprime pas l'article 56.1 de la LRCIDAS (qui crée un régime d'exemption spécifique pour les sites de consommation supervisée accordés « pour raisons médicales »), mais il remplace certaines des lourdes exigences législatives par des démarches simplifiées. Le nombre de sites de consommation supervisée au Canada grimpe rapidement à 24 dans les cinq mois qui suivent l'entrée en vigueur de la nouvelle législation.

2018 et au-delà – En date de janvier 2019, 28 SCS opèrent au Canada avec une exemption ministérielle en vertu de l'article 56.1 en Colombie-Britannique, Alberta, Ontario et au Québec. Il y a aussi deux autres sites exemptés, mais qui doivent encore être inspectés et 21 demandes d'exemption qui sont en cours d'examen par Santé Canada.²³ En plus des sites de consommation supervisée qui fonctionnent sous la gouverne de l'article 56.1, des SPS ont été mis en place depuis la fin de l'année 2016 en Colombie-Britannique et plus récemment en Ontario et en Alberta. Au départ les SPS fonctionnaient sans autorisation officielle. Ces sites constituent une réponse directe et pragmatique à la crise de surdoses et ils participent à faire pression sur les gouvernements pour qu'ils s'impliquent davantage dans la lutte contre les surdoses. En 2018, les autorités provinciales et fédérales ont pris des mesures pour autoriser les SPS dans le cadre de régimes juridiques spécifiques. Cependant, l'arrivée au pouvoir d'un nouveau gouvernement en Ontario en juin 2018 a mis en péril ces efforts.

LE PROJET DE RECHERCHE « EXPANSION DES SCS AU CANADA »

Avec 28 SCS opérant aujourd’hui avec une exemption du ministre fédéral de la Santé, le Canada a fait des progrès remarquables dans la mise en œuvre des SCS.²⁴ Cependant, la disponibilité actuelle des services reste insuffisante. Le nombre croissant des surdoses et l’apparition spontanée de sites sans autorisation officielle démontrent qu’il faut faire plus pour étendre les SCS à l’échelle des besoins à travers le pays.

Ce projet de recherche et ce rapport sont l’occasion d’étudier, de consigner et d’évaluer la situation en évolution permanente des SCS au Canada. Ils permettent aussi d’analyser l’impact des lois et des politiques (actuelles et passées) sur la mise en place de ces services. Les objectifs principaux de ce projet sont :

- Établir un portrait des efforts d’expansion des SCS au Canada avant et après les changements les plus récents dans la législation.
- Identifier les facilitateurs et les obstacles rencontrés par les fournisseurs actuels et futurs de SCS au Canada.
- Formuler des recommandations pour les autorités canadiennes – principalement les autorités fédérales – afin de faciliter l’expansion des SCS au Canada.

MÉTHODOLOGIE

Les informations de ce rapport sont issues de la littérature publiée disponible ainsi que d'une série de 15 entrevues avec des informateurs clés, dont des chercheurs, des gestionnaires de SCS, des personnes ayant soumis une demande d'exemption, des responsables politiques et des personnes qui utilisent des drogues. Les entrevues ont été menées entre mars et juin 2018, soit en personne, soit par téléphone et elles ont été enregistrées (audio) à des fins d'exactitude. Les questions portaient surtout sur l'expérience des informateurs en matière de demande d'exemption et de mise en place de SCS au sein des communautés à travers le Canada. Une attention particulière était accordée à l'impact des exigences juridiques et politiques dictées par le fédéral. Un comité consultatif de quatre membres a examiné le plan de travail du projet et a fourni des commentaires tout au long de la rédaction du rapport.

Il est important de noter que ce rapport a été rédigé à l'automne 2018 et qu'il peut donc ne pas refléter tous les changements juridiques et politiques postérieurs à cette date. Aborder une problématique qui change et évolue rapidement présente des défis particuliers et par conséquent, ce rapport ne peut pas être totalement exhaustif. Le projet a également limité le champ des entrevues à cinq localités : Toronto, Montréal, Vancouver, Edmonton et Lethbridge.

LA CRISE DE SURDOSES EN AMÉRIQUE DU NORD : UN IMPÉRATIF DE SANTÉ PUBLIQUE EN FAVEUR DES SCS

L'Amérique du Nord connaît actuellement une des crises de santé publique les plus mortelles de son histoire récente. Aux États-Unis, les décès par surdose de drogue ont presque triplé entre 1999 et 2014,²⁵ avec plus de 70 000 morts par surdose rien que pour 2017.²⁶ Au Canada, il y a eu plus de 9 000 décès reliés aux opioïdes entre janvier 2016 et juin 2018.²⁷ La présence croissante de drogues contaminées est à l'origine de cette crise. En 2017, 72 % des morts accidentelles par surdose impliquaient du fentanyl ou des analogues du fentanyl.²⁸ La crise de surdoses a mis en lumière de manière dramatique les carences en matière de services pour les personnes qui utilisent des drogues et les lacunes de la politique canadienne punitive en matière de drogues.²⁹ Il ne fait aucun doute que cette crise a joué et continue de jouer un rôle important dans le développement des SCS au pays (tout comme l'ont fait les crises de santé publique liées à l'épidémie de VIH et d'hépatite C ou à l'usage de drogues en public en Europe dans les années 80, et comme l'a fait la crise de santé publique du Downtown Eastside à Vancouver dans les années 90).³⁰

CHANGEMENTS DANS LE PAYSAGE JURIDIQUE

Au Canada, la possession non autorisée d'une substance désignée est pénalement réprimée par l'article 4 de la LRCDas. Puisque les SCS offrent un environnement dans lequel les personnes peuvent consommer des drogues obtenues illégalement au préalable, les clients et les employés s'exposent à des risques de poursuites pour possession quand ils vont ou travaillent dans un SCS. Pour certaines activités qui peuvent avoir lieu au sein d'un SCS, telles que l'assistance à l'injection ou le partage de drogues, les clients et les employés pourraient aussi s'exposer à des risques de poursuites pour trafic en vertu de l'article 5 de la LRCDas.³¹

Il existe présentement trois options au sein de la LRCDas qui permettent au gouvernement du Canada d'exempter les clients et les employés de SCS de son application afin de les protéger contre d'éventuelles poursuites criminelles. Celles-ci sont présentées de façon plus exhaustive plus loin dans ce rapport, mais brièvement, on peut les présenter comme suit :

- **L'exemption ministérielle spécifique aux SCS** en vertu de l'article 56.1 de la LRCDas.
- **L'exemption ministérielle générale** en vertu de l'article 56 de la LRCDas.
- **Les règlements du Cabinet** en vertu de l'article 55(1) (z) de la LRCDas. En vertu de l'article 55 (1.2) de la LRCDas, le Cabinet peut aussi établir des règlements pour mettre en application l'article 56.1 (exemption ministérielle spécifique aux SCS).

En date de janvier 2019, le Cabinet n'avait encore jamais fait usage du pouvoir octroyé par l'article 55 d'adopter des règlements pour octroyer des exemptions à la LRCDas en matière de SCS. En revanche, le régime d'exemption ministérielle (que ce soit en vertu de l'article 56 ou de l'article 56.1) a joué un rôle clé dans l'établissement des SCS au Canada. Ce régime a été utilisé et façonné par les différents gouvernements fédéraux successifs pour faciliter, ou au contraire entraver, l'installation de nouveaux SCS au Canada – y compris au travers des réformes législatives en 2015 et en 2017.

LES EXEMPTIONS MINISTÉRIELLES AVANT LA LOI SUR LE RESPECT DES COLLECTIVITÉS DE 2015

Avant l'introduction de la *Loi sur le respect des collectivités* en 2015, le ministre fédéral de la Santé pouvait accorder des exemptions aux SCS en vertu de l'article 56 de la LRCDas (exemption générale). L'article 56 donnait au ministre le pouvoir d'accorder une exemption de l'application de la LRCDas si, à son avis, celle-ci était nécessaire pour des *raisons médicales* ou *scientifiques* ou si cela était *d'intérêt public*. À cette époque, l'article 56 se lisait comme suit :

*S'il estime que des raisons médicales, scientifiques ou d'intérêt public le justifient, le ministre peut, aux conditions qu'il fixe, soustraire à l'application de tout ou partie de la présente loi ou de ses règlements, toute personne ou catégorie de personnes, ou toute substance désignée ou tout précurseur ou toute catégorie de ceux-ci.*³²

L'article 56 était large et n'imposait aucune exigence légale spécifique pour soumettre une demande d'exemption. Cependant, en 2002, un document d'orientation provisoire publié par Santé Canada en vue de la demande imminente d'exemption de Insite a lui imposé des règles strictes en matière de demandes d'exemption relatives aux SCS.³³ Ce document d'orientation décrivait la procédure à suivre et les informations à fournir pour soumettre une demande d'exemption. Parmi les informations requises figuraient des protocoles de recherche, des informations sur le personnel, les plans du site envisagé, les procédures et les mesures pour minimiser d'éventuels détournements de substances désignées et les risques pour la santé et la sécurité du personnel et de la communauté locale ainsi que des lettres d'appui de partenaires clés dans la communauté. Selon le document d'orientation, les exemptions étaient accordées « pour des raisons scientifiques » dans le contexte de projets-pilotes et de recherches.

De plus, les exemptions en vertu de l'article 56 étaient accordées à la seule discrétion du ministre fédéral de la Santé et c'est encore le cas aujourd'hui, ce qui rend les SCS extrêmement vulnérables aux changements de contexte politique. Cette vulnérabilité devint particulièrement sensible lorsque le Parti conservateur du Canada accéda au pouvoir en 2006, car ce parti avait alors déclaré publiquement son opposition aux SCS (et à la réduction des méfaits dans son ensemble).³⁴ Les

personnes interrogées rapportèrent que certains prestataires de services se sentirent alors découragés et renoncèrent à soumettre une demande d'exemption sachant que celle-ci avait toutes les chances d'être refusée. D'autres, néanmoins, à l'image du Dr. Peter Centre, décidèrent de faire une demande. Cependant, ils se sont sentis contraints de monter des dossiers excessivement complets de crainte que le gouvernement n'exploite la moindre absence de document pour rejeter leur demande. Et, de fait, le gouvernement fédéral de l'époque s'employa activement à restreindre le fonctionnement des SCS au Canada et aucun nouveau site ne reçut d'exemption jusqu'à l'arrivée au pouvoir d'un nouveau gouvernement fin 2015.

//////
Faire fonctionner un SCS sans exemption ministérielle

Dans les années 90 à Vancouver, pour répondre à un besoin urgent (augmentation du nombre de décès par surdose et des infections au VIH), des groupes menés par des pairs et des activistes ont mis en place des SCS sans chercher à obtenir une exemption vis-à-vis de la LRCIDAS. Souvent, ces sites fonctionnaient jusqu'à leur fermeture par la police, ce qui mettait en lumière le besoin d'une protection légale pour les SCS.³⁵

En 2002, le Dr. Peter Centre commença à offrir des services d'injection supervisée suite à deux décès par surdose survenus dans ses locaux. À ce moment-là, le Dr. Peter Centre ne cherchait pas à obtenir une exemption du ministre fédéral de la Santé. En revanche, le centre reçut une mise au point sur les pratiques infirmières de la part de la Registered Nurses' Association of British Columbia (une association professionnelle et non l'organisme légal de régulation de la profession). Selon cette mise au point, la supervision d'injection relevait du champ de la pratique du personnel infirmier et elle faisait partie des obligations éthiques du personnel infirmier du centre, obligations visant à prévenir les préjudices aux patients.³⁶ Le Dr. Peter Centre a fourni ce service pendant 18 mois sans exemption (et sans connaître d'intervention policière) jusqu'à ce que Vancouver Coastal Health invite le centre à se joindre à la demande d'exemption d'Insite. Cette exemption fut accordée en 2003. Pendant trois ans, le Dr. Peter Centre a pensé fonctionner avec la protection d'une exemption mais il a découvert plus tard que le ministre fédéral de l'époque n'avait jamais signé la partie de l'exemption le concernant. Et en 2006, le gouvernement fédéral a refusé de corriger cela. Néanmoins le Dr. Peter Centre a continué à fournir ses services et c'est en 2016 qu'il a enfin obtenu une exemption du ministre fédéral de la Santé.

Dans son rapport de 2009, l'Institut National de Santé Publique du Québec avançait que le Québec pourrait envisager d'ouvrir un site sans exemption fédérale.³⁷ L'Institut soulignait qu'il n'avait jamais eu à demander une exemption pour mettre en place des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues. Il se référait également à l'exemple du Dr. Peter Centre et à la décision de la Cour suprême de Colombie-Britannique de 2008 dans le dossier Insite. La Cour avait statué que l'article 4 de la LRCIDAS (article qui interdit la possession de substances désignées non autorisée) ne pouvait s'appliquer à

Insite, car il aurait privé les personnes aux prises avec des problèmes de dépendances d'accès aux soins et par là même violé la *Charte canadienne des droits et libertés* (la Charte).³⁸

La décision ultérieure de la Cour suprême du Canada en 2011 à propos d'Insite fut une victoire importante. Elle a confirmé que les personnes qui utilisent des drogues bénéficient au travers de la Charte d'un droit à ne pas être criminalisées lorsqu'elles accèdent à des services de santé de consommation supervisée dans un tel site. Néanmoins, le jugement de la CSC a aussi enraciné l'idée qu'une exemption du ministre fédéral de la Santé, en vertu de l'article 56, est nécessaire pour que les SCS puissent opérer sans que le personnel et les clients ne courent le risque de poursuites en vertu de la LRCIDAS.³⁹

À notre connaissance, il n'y a eu jusqu'à maintenant aucune tentative au niveau fédéral d'offrir d'autres types de protection légale aux SCS comme, par exemple, à travers l'élaboration d'un cadre réglementaire en vertu de l'article 55 de la LRCIDAS. Dans ses lignes directrices de 2018, Santé Canada réitère qu'une exemption ministérielle est requise pour exploiter un site de consommation supervisée à des fins médicales.⁴⁰

//////
LA DÉCISION DE LA COUR SUPRÊME DU CANADA DANS LA CAUSE INSITE EN 2011

Dans sa décision rendue en 2011, la CSC a statué que le refus du ministre d'accorder une nouvelle exemption à Insite en 2008 constituait une violation de la Charte et elle a ordonné au ministre fédéral de la Santé d'accorder cette nouvelle exemption.⁴¹ Elle a reconnu que « Insite sauve des vies » et que « ses bienfaits ont été prouvés » sans « aucune incidence négative observable sur les objectifs en matière de sécurité et de santé publique du Canada ». ⁴² La CSC a été très claire : le ministre de la Santé doit exercer son pouvoir discrétionnaire pour accorder une exemption, conformément à l'article 7 de la Charte qui garantit les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne. Le gouvernement ne peut priver une personne d'aucun de ces droits sauf « en conformité avec les principes de justice fondamentale ». ⁴³

Néanmoins, la CSC a refusé de statuer que la criminalisation de la possession de drogues (en vertu de l'article 4 de la LRCIDAS) était inconstitutionnelle car la LRCIDAS donne au ministre et au Cabinet l'autorité d'accorder des exemptions de responsabilité pénale en vertu des articles 55 et 56 de la LRCIDAS. Selon la CSC, « La possibilité d'accorder des exemptions sert de soupape empêchant l'application de la LRCIDAS dans les cas où son application serait arbitraire, ses effets exagérément disproportionnés ou sa portée excessive. » ⁴⁴

Pour les futures exemptions en vertu de l'article 56, la CSC a indiqué que le ministre devra trouver un juste équilibre

entre les deux objectifs de la LRCDas à savoir protéger la santé publique et garantir la sécurité publique. Dans les cas « où, comme en l'espèce, la preuve révèle que l'existence d'un site d'injection supervisée diminuera le risque de décès et de maladie et où il n'existe guère, sinon aucune preuve qu'elle aura une incidence négative sur la sécurité publique, le ministre devrait en règle générale accorder une exemption. »⁴⁵

Afin de prévenir toute décision ministérielle arbitraire ou créatrice de torts exagérément disproportionnés envers des personnes en entravant leur accès à des soins de santé essentiels, la Cour a également identifié cinq critères à prendre en compte par le ministre dans sa décision d'attribuer ou non une exemption :

- l'incidence d'un tel centre sur le taux de criminalité,
- les conditions locales indiquant qu'un centre d'injection supervisée répond à un besoin,
- la structure réglementaire en place permettant d'encadrer le centre,
- les ressources disponibles pour voir à l'entretien du centre,
- et les expressions d'appui ou d'opposition de la communauté.⁴⁶

Chose importante, la Cour suprême *n'a pas* statué que ces critères sont des conditions préalables qui doivent toutes être remplies ou abordées avant qu'une demande puisse être étudiée ou une exemption accordée. La Cour a simplement précisé que *s'il* existe des éléments de preuve à propos de ces critères, alors, ces éléments doivent être pris en compte par le ministre. La Cour n'a pas non plus indiqué que les éléments de preuve, portant sur l'un ou l'autre de ces critères, s'ils sont disponibles, seront nécessairement déterminants. Il convient de noter que tous ces cinq critères ne sont pas forcément nécessaires ou pertinents, en particulier ceux qui concernent l'appui de la communauté et l'incidence sur le taux de criminalité. En outre, certains de ces critères peuvent représenter des obstacles particuliers à l'expansion des SCS au Canada.⁴⁷

LA LOI SUR LE RESPECT DES COLLECTIVITÉS DE 2015 : UN NOUVEAU DISPOSITIF RESTRICTIF POUR LES EXEMPTIONS MINISTÉRIELLES SPÉCIFIQUEMENT DÉDIÉ AUX SITES DE CONSOMMATION SUPERVISÉE

En réponse à la décision de la CSC, le gouvernement fédéral a introduit la *Loi sur le « respect » des collectivités* (nos guillemets) en juin 2015. Cette loi a créé, en vertu d'un nouvel article ajouté à la LRCDas (l'article 56.1), un régime d'exemption exceptionnel, spécialement conçu pour les SCS. Une autre disposition a été ajoutée pour empêcher le recours à l'article 56 pour tout ce qui concerne des substances désignées *obtenues d'une manière non autorisée par la loi*. En conséquence, le gouvernement fédéral ne pouvait plus accorder d'exemption pour les SCS (où les personnes peuvent consommer des drogues illégales préalablement obtenues) sur la base de l'article 56 mais que, pour des « raisons médicales », et en vertu du nouvel article 56.1.⁴⁸ Une autre disposition similaire empêchait le Cabinet fédéral d'adopter des règlements qui auraient pu permettre l'exploitation de SCS en vertu de l'article 55.⁴⁹

Le régime d'exemption mis en place en vertu de l'article 56.1 était beaucoup plus restrictif que le régime précédent et imposait un processus de demande d'exemption extrêmement laborieux. Sous ce nouveau régime, le ministre fédéral de la Santé n'était pas autorisé à examiner une demande d'exemption tant que le demandeur n'avait pas fourni les 25 documents d'information requis par la loi dont :⁵⁰

- Des preuves de consultations étendues organisées auprès d'un « large éventail » de groupes communautaires locaux ainsi qu'un rapport décrivant les mesures à prendre en réponse à « toutes préoccupations pertinentes » soulevées dans le cadre de ces consultations,
- Des lettres provenant de différents organismes, dont les autorités locales, les ministères provinciaux, les forces de police, les autorités provinciales attributives de licences aux médecins et au personnel infirmier, etc. Ces lettres devaient comporter leur « opinion » sur le site de consommation supervisée envisagé,
- Un plan financier,
- Toutes recherches ou statistiques des forces de l'ordre sur les activités criminelles, les nuisances publiques, la consommation de drogues dans l'espace public, la présence de déchets liés aux drogues, que ce soit à proximité du site envisagé ou dans l'ensemble de la municipalité. Ainsi que « tous renseignements pertinents » portant sur du flânage qui pourrait être

relié à « certaines activités » concernant des drogues illégales (ces activités ne sont pas précisées) et sur les « taux d'infractions mineures » à proximité du site projeté.

- Le nom, le titre, le CV ainsi qu'une vérification policière des antécédents de la « personne responsable » (PR) envisagée pour le site (c.-à-d. la personne qui sera responsable du respect des conditions attachées à l'exemption) mais aussi des personnes responsables suppléantes envisagées et de chacune des autres personnes envisagées comme « membres principaux du personnel » (c.-à-d. les personnes désignées pour superviser directement la consommation de drogues sur le site).⁵¹

De plus, et contrairement à l'esprit et à la lettre de la décision de la CSC dans la cause Insite, une exemption permettant d'exploiter un SCS donné, sans risque de poursuites criminelles, ne pouvait être accordée par le ministre qu'*uniquement* dans des « circonstances exceptionnelles » et seulement après que le ministre ait tenu compte d'un certain nombre de principes édictés dans la loi.⁵² Plusieurs de ces principes, tels que l'affirmation que « le crime organisé tire profit de l'utilisation de substances illicites » n'étaient en rien pertinents à la mise en place de SCS et étaient clairement rédigés pour fournir à un gouvernement hostile aux SCS un texte législatif qu'il pourrait, au besoin, utiliser en cour pour justifier un refus d'exemption.⁵³

Enfin, pour ceux qui réussiraient à réunir l'intégralité de la masse excessive d'information demandée par la loi, il n'y avait aucune garantie que leur demande soit examinée ou qu'une exemption leur soit accordée même si tous les critères étaient bien remplis, et ce, surtout si un gouvernement opposé aux SCS était en place. La décision du ministre n'était soumise à aucun délai et il n'y avait aucune obligation pour le ou la ministre de donner les raisons de sa décision quelle qu'elle soit.

Quelques sites à Montréal, Edmonton, Toronto et Vancouver initièrent leurs demandes d'exemption après que la Cour suprême rende sa décision dans la cause Insite en 2011. Leurs démarches étaient encore en cours au moment où le gouvernement fédéral décida de mettre en place un nouveau régime plus exigeant en 2015 via la *Loi pour le respect des collectivités*. Les demandeurs cherchèrent alors à répondre à ses nouvelles exigences. Cependant, aucun de ces sites ne parvint à obtenir une exemption avant le début de l'année 2016, soit après l'élection d'un nouveau gouvernement fédéral fin 2015.

LA SIMPLIFICATION DE L'ARTICLE 56.1 : L'EXEMPTION MINISTÉRIELLE SPÉCIFIQUE POUR RAISON MÉDICALE SOUS LE RÉGIME LÉGISLATIF ACTUEL (DEPUIS 2017)

Lors de la campagne pour les élections fédérales de 2015, le Parti libéral du Canada a exprimé son soutien à la réduction des méfaits et en particulier à la mise en place de SCS comme partie intégrante d'une stratégie nationale sur les drogues plus globale et plus pragmatique.⁵⁴ Le Parti libéral remporta les élections en octobre 2015 et entra en fonction en novembre. Début 2016, Insite et le Dr. Peter Centre obtinrent tous deux une exemption ministérielle.

Les partisans des SCS saisirent cette occasion pour renouveler leur plaidoyer pour un une réforme de la législation visant à faciliter et élargir l'accès à des SCS. Spécifiquement, ils ont exhorté le nouveau gouvernement à abroger la *Loi pour le respect des collectivités* qui avaient érigé d'importants obstacles à la mise en place de nouveaux SCS.⁵⁵

Sous la pression des groupes communautaires, des professionnels de la santé et des autorités provinciales, le gouvernement finit par présenter une loi en décembre 2016, loi qui entra en vigueur en mai 2017. *La Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et apportant des modifications connexes à d'autres lois* (communément appelée projet de loi C-37) a maintenu un régime particulier au sein de l'article 56.1 pour les exemptions accordées pour « raison médicale » à des « sites de consommation supervisée », mais elle a remplacé les lourdes exigences légales imposées en 2015 par des obligations moins nombreuses et simplifiées. La nouvelle loi a aussi restauré l'autorité du ministre de la Santé d'accorder une exemption en vertu de l'article général 56 et le pouvoir du Cabinet fédéral d'édicter des règlements en vertu de l'article 55 pouvant exempter les clients et fournisseurs de SCS contre les risques de poursuites criminelles (voir les *solutions alternatives* ci-dessous).⁵⁶

L'article 56.1 et les exigences actuelles de Santé Canada : un rapide survol

En vertu du régime légal actuel de l'article 56.1 de la LRC DAS, une demande d'exemption doit inclure :

- Des renseignements sur les effets bénéfiques attendus du site sur la santé publique,
- Des renseignements, si disponibles, sur :
 - l'incidence du site sur les taux de criminalité,

- les conditions locales indiquant qu'un tel site répond à un besoin,
- la structure administrative en place permettant d'encadrer le site,
- les ressources disponibles pour voir à l'entretien du site,
- les expressions d'appui ou d'opposition de la communauté.⁵⁷

Ces exigences légales renvoient aux cinq critères énoncés par la CSC dans sa décision concernant Insite. Toujours en relation avec cette décision, la loi précise que les renseignements ne sont légalement requis que *s'ils existent*.

Cela dit, dans les faits, Santé Canada continue d'exiger une masse d'informations et de documents qui correspond plus ou moins aux cinq critères avant que le ministre ne prenne sa décision en matière de demande d'exemption. De telles exigences ne sont plus requises par la loi, mais sont énoncées dans les lignes directrices de Santé Canada. (Tandis que le projet de loi C-37 était débattu au Parlement, des groupes communautaires et des groupes du domaine de la santé tels que le Réseau juridique canadien VIH/sida, Pivot Legal Society et l'Association médicale canadienne avaient proposé des amendements visant justement à éviter une interprétation de la loi qui exigerait des renseignements couvrant l'ensemble des cinq critères de la CSC dans sa décision de 2011 concernant Insite. Néanmoins, ces amendements, en particulier, ne furent pas adoptés.)⁵⁸

Cependant, comme ces exigences ne figurent pas dans la loi, les pratiques peuvent évoluer et en effet, les lignes directrices de Santé Canada concernant les demandes d'exemption ont évolué depuis l'entrée en application de la nouvelle législation. Les lignes directrices les plus récentes ont été affichées sur le site web de Santé Canada en novembre 2018. Contrairement à ses pratiques antérieures, Santé Canada est maintenant plus ouvert et transparent quant au processus de candidature et aux attentes vis-à-vis des demandeurs. L'organisme a aussi supprimé ou simplifié certaines de ses exigences. Par exemple, désormais, seule la « personne responsable » d'un site doit faire l'objet d'une vérification des antécédents criminels. Dans ses lignes directrices mises à jour en novembre 2018, Santé Canada a supprimé l'exigence selon laquelle un candidat doit soumettre dans sa demande une lettre du ministre de la Santé de la province ou du territoire. La pratique récente montre aussi une plus grande ouverture à ce que de nouveaux services tels que la vérification des drogues, l'inhalation supervisée ou l'injection assistée par des pairs soient offerts au sein des SCS.

En dépit des changements bienvenus qui ont supprimé quelques obstacles, les exigences encore imposées dans les faits par Santé Canada continuent à poser des problèmes pour les candidats et les fournisseurs de services comme nous allons le voir dans les prochaines sections de ce rapport.

L'article 56.1 et les questions de procédure

En plus de simplifier les exigences relatives aux demandes d'exemption, le projet de loi C-37 a introduit d'autres changements importants :

- La législation actuelle ne précise plus que les exemptions ne seront accordées que dans « des circonstances exceptionnelles. »
- Le ministre n'est plus obligé d'attendre que toutes les informations soient présentées par un candidat avant d'étudier la demande.
- Même s'il n'est pas exigé du ministre qu'il ou elle prenne une décision dans un délai imparti après avoir reçu d'une demande complète, la loi actuelle établit plus de transparence et d'imputabilité en exigeant du ministre qu'il ou elle rende sa décision publiquement par écrit et, en cas de refus d'octroyer une exemption, d'inclure les motifs de ce refus.⁵⁹

Cependant, et contrairement à ce que les groupes communautaires et les groupes du domaine de la santé avaient demandé dans leurs mémoires au Parlement, la législation actuelle ne comprend pas de disposition particulière permettant aux autorités provinciales ou territoriales d'accorder une exemption relativement à la LRCIDAS en réponse à un risque de santé ou de sécurité publique si nécessaire.⁶⁰ Les exemptions restent encore à la seule discrétion du ministre fédéral de la Santé.

SOLUTIONS ALTERNATIVES POUR ACCORDER UNE EXEMPTION EN VERTU DU RÉGIME LÉGAL ACTUEL

Article 56 : Exemption ministérielle générale

Comme il a été expliqué précédemment, le projet de loi C-37 a restauré la possibilité pour le gouvernement fédéral d'accorder une exemption en vertu de l'article 56 relativement aux substances désignées obtenues illégalement, si des « raisons d'intérêt public » ou des « raisons scientifiques » le justifient. Cependant, si l'exemption est accordée pour permettre l'exercice d'activités dans un « site de consommation supervisée » pour des « raisons médicales », alors, le ministre doit se conformer aux exigences de l'article 56.1.⁶¹

Le gouvernement fédéral a usé de cette flexibilité pour faire face à la crise actuelle des surdoses en accordant des exemptions de catégorie sur la base de l'article 56. Ces exemptions ont été accordées aux provinces pour des « sites de prévention des surdoses » (SPS) temporaires pour des raisons d'« intérêt public ». En autorisant les SPS, le gouvernement fédéral a reconnu le besoin d'aller au-delà de l'article 56.1 et d'utiliser d'autres outils législatifs pour étendre l'accès à différents types

de services incluant la supervision de la consommation de substances désignées (des informations supplémentaires sur les SPS sont présentées plus loin dans ce rapport).

Article 55 : Règlements adoptés par le Cabinet

Les exemptions ministérielles prévues aux articles 56 et 56.1 ne sont pas les seules options permettant au gouvernement fédéral d'accorder des exemptions aux SCS. Le gouvernement fédéral peut aussi utiliser son pouvoir réglementaire en vertu de l'article 55 de la LRCDas.

En particulier, l'article 55 (1) (z) de la LRCDas accorde de larges pouvoirs au « gouverneur en conseil » (c.-à-d. le Cabinet fédéral) pour « soustraire, aux conditions précisées, toute personne ou catégorie de personnes (...) à l'application de *tout ou partie de la présente loi* ou de ses règlement » (notre ajout d'italiques). L'article 55, tout comme l'article 56, avait été qualifié par la CSC dans sa décision sur *Insite* de « soupape empêchant l'application de la LRCDas dans les cas où son application serait arbitraire, ses effets exagérément disproportionnés ou sa portée excessive. »⁶² Rien dans l'article 55 n'empêche le Cabinet d'utiliser son pouvoir réglementaire pour accorder des exemptions en matière de SCS – surtout si les exemptions sont attribuées pour des raisons d'« intérêt public » plutôt que pour des raisons médicales conformément à l'article 56.1 de la LRCDas.

Un régime spécial pour les sites temporaires de prévention des surdoses

Les SPS sont des SCS temporaires offrant des services à bas seuil qui sont avant tout destinés à prévenir les surdoses. Comme les sites de consommation supervisée, les SPS fournissent un environnement sûr dans lequel les personnes peuvent consommer des drogues sous la supervision d'employés ou de bénévoles formés. Même si les deux modèles fournissent des SCS, les SPS ont tendance à fonctionner avec des budgets plus limités, à être moins standardisés en termes de locaux et d'aménagements, à servir des populations encore plus marginalisées et souvent ils offrent moins de services annexes tels que les services de soutien ou de dépistage du VIH que les sites de consommation supervisée. Cela dit, en dehors des subtilités légales, les différences entre les SPS et les sites de consommation supervisée ne sont ni nécessaires, ni significatives. Les SPS sont simplement des versions à bas seuil des sites de consommations supervisée qui s'inscrivent dans une gamme de SCS divers et variés. Le régime légal actuel règlementant les « sites de consommation supervisée » a néanmoins forcé les parties prenantes à faire cette distinction afin de pouvoir mettre en place rapidement ces services de santé d'importance vitale.

Les SPS ont été mis en place pour sauver des vies et pour pousser les dirigeants politiques à agir de façon plus urgente en faveur d'un plus large accès aux SCS. Le premier SPS ouvrit en 2016 à Vancouver sans exemption fédérale ni aucune autorisation d'aucun

palier de gouvernement que ce soit. D'autres sites « non autorisés » apparurent plus tard à Toronto et Ottawa et fonctionnèrent plusieurs mois sans exemption fédérale vis-à-vis de la LRCDas ni soutien des autorités provinciales (ou municipales).⁶³ C'est le 9 décembre 2016, que le ministre de la Santé de Colombie-Britannique promulgua un arrêté ministériel pour favoriser l'implantation de ces sites à travers la Colombie-Britannique. Là encore, cela se fit sans chercher à obtenir une exemption ministérielle fédérale (pour ces services définis comme des « sites de prévention des surdoses » plutôt que des « sites de consommation supervisée »). L'arrêté ministériel a été pris sur la base de deux lois provinciales (*Health Emergency Services Act* et *Health Authorities Act*) dans le cadre d'un état d'urgence en santé publique déclaré au mois d'avril de la même année.⁶⁴ Depuis cette date, plus de 20 SPS ont ouvert en Colombie-Britannique.⁶⁵

En décembre 2017, Santé Canada a annoncé qu'il autoriserait les « sites de prévention des surdoses » d'urgence pour les provinces et territoires qui en feraient la demande.⁶⁶ Les actuelles exemptions de catégorie accordées aux provinces pour les SPS le sont « dans l'intérêt public » et en vertu de l'article 56.⁶⁷ En qualifiant ces sites de SPS, les organismes ont pu éviter le laborieux processus de candidature exigé pour obtenir une exemption en tant que site de consommation supervisée en vertu de l'article 56.1 de la LRCDas.

L'Ontario a été la première province à obtenir une exemption de catégorie pour les SPS en vertu de l'article 56. En janvier 2018, le Ministère de la Santé et des Soins de Longue durée (MSSLD) de la province a publié un guide destiné à aider les organismes souhaitant soumettre une demande d'autorisation et de financement pour exploiter un SPS auprès du gouvernement provincial.⁶⁸ Cela dit, au moment où ce rapport était publié, les critères initialement publiés n'étaient plus applicables suite à un changement d'approche décidé par le nouveau gouvernement provincial élu en juin 2018 (voir plus loin). L'Alberta a également obtenu une exemption de catégorie et il existe actuellement un SPS en fonction à Red Deer. En revanche, aucunes lignes directrices pour aider à formuler une demande n'y ont encore été publiées.⁶⁹

Avant que l'Ontario ne change son approche à la fin de l'année 2018, la procédure de candidature en vertu de l'exemption de catégorie n'était pas radicalement différente de celle exigée par Santé Canada pour les sites de consommations supervisée même si la démarche était simplifiée et tendait à être plus rapide. Pour recevoir un financement de la province et conclure une entente légale avec le MSSLD ou avec une régie locale de santé (aussi appelée réseau local d'intégration des services de santé), les candidats devaient répondre à quelques exigences minimales. Celles-ci incluaient : être un organisme du domaine de la santé ou un organisme communautaire constitué en personne morale ou agir en partenariat avec un tel organisme; détenir une lettre d'autorisation de la part du propriétaire du terrain ou des murs (sauf si le candidat est le propriétaire); avoir un espace où exploiter un SCS avec peu ou pas de frais de démarrage; répondre aux exigences provinciales et municipales en matière de sécurité; disposer sur place ou sur appel d'au moins deux employés formés et d'un professionnel de la santé. En plus de ces exigences

minimales définies par l'Ontario, les SPS devaient se conformer aux modalités définies par Santé Canada en termes de collecte de données et de prévention d'activités non autorisées par l'exemption et qui pourraient équivaloir à du « trafic » de substances désignées.⁷⁰ Avant les changements apportés fin 2018, le formulaire de demande pour exploiter un SPS était court et largement fait de questions auxquelles il fallait répondre par oui ou par non. Les candidats pour un SPS devaient apporter des preuves démontrant le besoin local pour un tel service et fournir une vérification des antécédents criminels pour la personne responsable. Contrairement aux demandes pour un site de consommation supervisée, les demandes pour un SPS n'avaient pas à faire de consultations dans la communauté ni inclure d'informations détaillées concernant les politiques et les procédures en place sur le site.

Comme en Colombie-Britannique, le premier SPS ouvert en Ontario était une installation de fortune faite de tentes installées dans le parc Moss dans le centre-ville de Toronto. Il a ouvert sans aucune exemption fédérale à la LRCDas en août 2017. Il a fonctionné ainsi pendant plus de dix mois sans financement gouvernemental et uniquement sur la base du bénévolat. Le site a ensuite demandé et obtenu une autorisation et du soutien de la province devenant ainsi protégé par l'exemption de catégorie accordée à l'Ontario. Grâce au financement et à la protection légale obtenus, le service a pu être relocalisé du parc vers un emplacement permanent en juillet 2018. Leigh Chapman, une organisatrice du site, a expliqué que l'organisme n'avait jamais eu l'intention d'opérer au long cours dans un parc de la ville, sur la base du seul bénévolat et avec un financement participatif. L'organisme a fait une demande de soutien provincial afin de légitimer son action et en garantir la pérennité. Même si le processus d'exemption des SPS était, à l'époque, plus simple et plus souple, les répondants ont souligné que les exigences provinciales limitaient la possibilité pour ces services de s'adapter aux besoins des différentes collectivités. Par exemple, les services d'inhalation n'étaient pas autorisés alors qu'il était prouvé que ces services avaient été largement utilisés au SPS du parc Moss et aussi dans un SPS éphémère ouvert à Ottawa peu de temps après celui de Toronto. Ces deux sites offraient des services sans exemption.⁷¹ Le financement était aussi limité à trois ou six mois (à comparer aux déjà courtes exemptions d'un an accordées aux sites de consommation supervisée). La nature éphémère des exemptions pour SPS apparaissait vraiment comme une attitude à courte vue et problématique compte tenu de la crise des surdoses qui ne montre aucun signe d'apaisement.

Comme l'ont dit nos interlocuteurs, les SPS ont été initialement mis en place par des membres de la communauté pour fournir une solution d'urgence à la crise des surdoses qui ne faisait qu'empirer en raison de l'inaction du gouvernement. Ce modèle à bas seuil a permis non seulement de combler un manque mais aussi de toucher une population particulièrement marginalisée qui ne peut être rejointe via des structures plus médicalisées et pour laquelle une structure comme celle des SPS est plus adaptée. Par exemple, un établissement offrant une aide au logement permanent peut n'avoir que quelques clients utilisateurs de drogues mais devrait pouvoir permettre aux membres de son personnel de superviser ces quelques

clients sur son site au besoin. Le modèle des SPS devrait également être mis à disposition des organismes qui travaillent auprès de personnes qui utilisent des drogues, mais qui n'ont pas la capacité à se développer jusqu'à devenir des sites de consommation supervisée structurés. Nos interlocuteurs ont affirmé que compte tenu de la faible envergure de service des SPS il ne serait pas justifier de leur imposer le fastidieux processus d'autorisation applicable aux sites de consommation supervisée. Ils ont aussi affirmé que les SPS devrait pouvoir fonctionner indéfiniment dès lors qu'il y a un besoin.

Le futur des SPS au Canada n'est pas clair. À fin du mois de septembre 2018, il y avait huit SPS exploités en Ontario en vertu de l'exemption de catégorie et avec du financement provincial. Mais comme souligné plus haut, un changement de gouvernement en Ontario a depuis mis en péril le développement de ces sites. Début août 2018, le gouvernement de l'Ontario a annoncé un « examen de la preuve » relativement aux SPS.⁷² Le gouvernement a imposé un moratoire illimité au soutien provincial aux nouveaux SPS tant que durerait cet examen. Il a également mis « sur pause » certains sites déjà approuvés et qui étaient sur le point d'ouvrir,⁷³ forçant ainsi les bénévoles à retourner – une fois de plus – installer des tentes dans des parcs pour fournir des services vitaux absolument nécessaires et mener des actions revendicatives.⁷⁴ Fin octobre 2018, le ministre de la Santé de l'Ontario a annoncé qu'un financement serait maintenu pour un maximum de 21 sites offrants des SCS dans la province et que chacun devrait se conformer à un nouveau modèle de « services de consommation et de traitement ». Tous les SCS et SPS existants furent obligés de refaire une demande de financement auprès de la province selon une nouvelle procédure fastidieuse qui fut présentée en novembre 2018. Les nouveaux critères et conditions fixés par le gouvernement provincial pour la mise en place de SCS limite leurs possibilités en termes de localisation des services et impose des exigences difficiles à remplir en termes de capacités et d'infrastructures.⁷⁵ Dans les faits, le nouveau modèle des « services de consommation et de traitement » met fin au modèle souple à bas seuil des SPS et annule les efforts entrepris par le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial précédent pour faciliter l'expansion des SCS avec la mise en place d'une exemption de catégorie. Les SPS qui fonctionnaient sous la protection juridique à court terme de « l'exemption de catégorie » octroyée par le gouvernement fédéral à la province se sentaient déjà poussés à demander, au ministère de la Santé fédéral, une protection individuelle à long terme sous forme d'une exemption en tant que « site de consommation supervisée ». Selon les lignes directrices sur les « services de consommation et de traitement » édictées fin 2018, les prestataires de services sont désormais obligés de demander une exemption ministérielle en vertu de l'article 56.1 de la LRCDas. C'est désormais un prérequis formel pour obtenir un financement provincial.⁷⁶ Malheureusement, faire une demande d'exemption en vertu de l'article 56.1 de la LRCDas représente un gros volume de travail administratif qui peut être irréalisable pour les plus petits organismes dont les capacités sont limitées. En outre, certaines restrictions vis-à-vis des services offerts qui vont de pair avec cette exemption vont faire que certains sites ne pourront pas conserver leur statut de service à bas seuil.

ÉTENDRE L'ACCÈS AUX SCS : FACILITATEURS ET OBSTACLES PERSISTANTS

Afin d'examiner les effets des lois et politiques actuelles et passées sur l'implantation des SCS au Canada, nos interlocuteurs furent interrogés sur leurs expériences de demandes d'exemption et d'implantation de SCS dans leurs communautés. La partie qui suit met en lumière les facilitateurs et les obstacles clés – tels qu'identifiés par les informateurs – qui façonnent l'expansion de ces services. Une attention particulière a été accordée sur les forces et les limites du processus d'exemption fédérale.

FACILITATEURS

Suite au changement de gouvernement de novembre 2015 et l'adoption du projet de loi C-37 en mai 2017, l'attitude de Santé Canada vis-à-vis des SCS a notablement changé. Les communications entre Santé Canada et les demandeurs d'exemption se sont nettement améliorées. Les employés gouvernementaux répondent promptement aux questions et s'impliquent tout au long du processus. Le développement des SCS a également été facilité par la collaboration, les échanges et les partenariats entre les sites et, selon le contexte local, par le soutien des élus, des autorités policières et des professionnels de santé réglementés. En outre, les militants communautaires et en particulier des personnes ayant une expérience d'usage de drogues, ont travaillé à faire avancer les choses à travers le pays en exigeant des élus qu'ils répondent plus rapidement à la crise continue des surdoses.

Évolution de l'attitude de Santé Canada relativement aux SCS

Entre 2006 et 2015, le gouvernement fédéral s'est vivement et explicitement opposé à la réduction des méfaits; ce qui a conduit des organismes à travers le pays à mettre en suspens leurs projets de SCS. Certains répondants ont fait état du « climat de méfiance » qui régnait alors entre les fournisseurs de services et Santé Canada. Jusqu'à l'adoption de la *Loi sur le respect des collectivités* en 2015, il n'y avait pas d'information disponible sur les politiques ou les exigences de l'administration relativement aux exemptions pour SCS. Par conséquent, les quelques organismes qui décidèrent néanmoins de déposer une demande d'exemption à cette époque le firent sans le

moindre repère et se sentaient contraints de monter des dossiers de candidature extrêmement complets et détaillés de peur d'avoir à aller en cour pour contester un refus. Par exemple, comme l'a souligné un des interlocuteurs, le dossier de demande de Montréal comptait 350 pages. Certains ont reconnu qu'ils évitaient de parler des détails de leurs projets par crainte de fuites sur leur candidature. Ils avaient peur que ces fuites puissent être utilisées contre eux et leur projet par Santé Canada.

Avec l'élection, fin 2015, d'un nouveau gouvernement fédéral ouvertement favorable à la réduction des méfaits, y compris aux SCS, les informateurs ont constaté que Santé Canada était beaucoup plus réceptif. Les équipes de Santé Canada se mirent à tendre la main aux candidats afin de rouvrir le dialogue à propos d'une expansion des SCS. Les canaux de communication entre Santé Canada et les candidats ont depuis continué à s'élargir grâce à des employés gouvernementaux répondant rapidement aux questions et restant impliqués tout au long du traitement de la candidature.

L'entrée en vigueur du projet de loi C-37 en mai 2017 a engendré un afflux de candidatures pour des exemptions en vertu de l'article 56.1. Comme dans le même temps, le personnel de Santé Canada devenait plus compétent sur le sujet des SCS et qu'il se sentait plus à l'aise à évaluer les candidatures, les délais de traitement des dossiers se sont graduellement réduits. Même si, dans une certaine mesure, les amendements de 2017 ont simplifié les exigences légales, c'est surtout du côté de Santé Canada et de sa gestion des dossiers que les changements les plus importants ont été observés avec une plus grande implication vis-à-vis des candidats, une plus grande familiarité avec les procédures et une certaine ouverture pour de nouveaux modèles de SCS. Nos interlocuteurs ont exprimé l'impression que l'approche de Santé Canada vis-à-vis des SCS est en train d'évoluer vers un modèle plus souple et plus centré sur la santé.

La procédure d'exemption est également devenue plus transparente avec des exigences claires et précises pour déposer une candidature et des documents d'orientation désormais disponibles publiquement sur le site web de Santé Canada. Les décisions relatives aux demandes d'exemption ainsi que le

statut des demandes en cours sont également rendus publics en ligne. Il s'agit là d'un contraste frappant avec l'opacité qui régnait auparavant. Même si Santé Canada rechigne à publier des modèles types de protocoles de candidatures de peur de sembler imposer un seul modèle acceptable, le formulaire actuel de candidature (mis à jour en novembre 2018) fournit aux candidats l'option de partager les politiques et procédures, chose qui peut se révéler utile pour des candidats en devenir.⁷⁷

L'ouverture de Santé Canada envers de nouveaux modèles SCS

Santé Canada a également fait preuve d'une certaine ouverture quant au soutien à de nouveaux modèles de SCS tels que des services d'inhalation supervisée permettant de fumer du crack ou d'autres drogues illégales sous la supervision d'une équipe dédiée ou tels que des SCS disponibles en milieu hospitalier pour des patients séjournant à l'hôpital. Cette ouverture est à souligner, car toutes les personnes interrogées souhaitent l'arrivée de nouveaux services et une approche plus souple concernant les SCS. Alors que les services d'inhalation supervisée sont de plus en plus fréquemment offerts au sein des SCS européens,⁷⁸ il n'y a, au Canada, qu'un seul service d'inhalation supervisée opérant avec une exemption fédérale et il n'a ouvert ses portes qu'en mars 2018. Il s'agit de ARCHES à Lethbridge en Alberta. Les organisateurs des SCS à ARCHES ont expliqué que le processus de candidature avait été assez simple, avec des échanges fréquents avec Santé Canada à propos du modèle de service prévu et un délai de traitement plutôt rapide. L'organisme a posé sa candidature en juillet 2017 et a reçu son approbation en octobre 2017. Les organisateurs ont décrit l'approche de Santé Canada comme étant plus ouverte. Santé Canada préférerait poser aux candidats des questions telles que « démontrez-nous pourquoi le service devrait fonctionner comme ceci » plutôt que d'imposer des règles rigides et venant d'en haut pour dire ce à quoi le service devait ressembler. Tant que ARCHES pouvait prouver que sa proposition était conforme aux législations fédérales, provinciales et municipales sur la santé et la sécurité, le ministre fédéral de la santé ne voyait aucune raison de refuser une exemption. D'autres interlocuteurs ont toutefois souligné que les normes à respecter par les SCS pour pouvoir offrir des services d'inhalation restent encore floues; ceci parce que les législations concernant la santé et la sécurité au travail et celles concernant les interdictions de fumer selon les endroits peuvent varier d'une province à une autre. Il convient aussi de noter que le nouveau modèle de « services de consommation et de traitement » adopté fin 2018 en Ontario ne comprend pas les services d'inhalation.⁷⁹

L'ouverture de Santé Canada à l'autorisation de services d'inhalation supervisée démontre une réelle rupture par rapport à l'attitude antérieure hostile à tout modèle de services

alternatifs. Insite, le premier SCS autorisé au Canada, offre des services d'injection supervisée depuis 2003. Insite a postulé plusieurs fois pour étendre son offre de services à des services d'inhalation supervisée mais à chaque fois sa demande a été rejetée.⁸⁰ Plusieurs services d'inhalation supervisée ont fonctionné et fonctionnent encore sans exemption fédérale. Par exemple, le Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU) a offert, sans aucune exemption relativement à la LRCIDAS, un service opéré par des pairs entre 2011 et 2013 qui incluait la supervision de l'inhalation de substances sur le site. Malgré que ce site démontrait qu'il y avait une forte demande pour ce type de service et un réel potentiel, par cette approche, d'améliorer la santé et la sécurité des personnes qui inhalent des drogues, les autorités de santé locales ont ordonné à VANDU de fermer le service car il fonctionnait sans exemption fédérale officielle.⁸¹ Plus récemment, des services d'inhalation supervisée ont été offerts sans exemption dans des SPS à Ottawa et Toronto⁸² et d'autres sont toujours prodigués dans un SPS à Vancouver.⁸³

Un autre modèle innovant de SCS a récemment été mis en place au Royal Alexandra Hospital d'Edmonton en Alberta. Tandis que le Dr. Peter Centre fournit depuis plus de 16 ans des SCS à des personnes vivant avec le VIH dans un site agréé dispensant des soins infirmiers, le Royal Alexandra Hospital est le premier hôpital de soins aigus en Amérique du Nord à offrir des SCS aux patients qui y séjournent. Cette innovation est un exemple supplémentaire de la souplesse dont fait preuve Santé Canada pour soutenir de nouvelles approches des SCS. Avec d'autres cadres de l'hôpital, la docteure Kathryn Dong, directrice du Inner-City Health and Wellness program au Royal Alexandra Hospital, avait soutenu que la fourniture de SCS aux patients séjournant à l'hôpital faisait partie de l'ensemble de soins devant être procurés aux patients utilisateurs de drogues. Les patients séjournant à l'hôpital sont en droit d'y recevoir des soins basés sur des données probantes et qui soient d'un niveau au moins égal à ceux qu'ils peuvent obtenir dans la communauté. Être obligés de quitter l'hôpital ou de se cacher pour consommer des drogues expose les patients à un risque accru de surdose et à d'autres méfaits. La docteure Dong a assuré que, tout au long de la procédure de candidature, Santé Canada s'était montré très favorable à ce nouveau service.

Soutien des parties prenantes et partenariats

Pour nos interlocuteurs, un facilitateur clé de l'expansion des SCS au Canada est l'opportunité de pouvoir échanger avec des prestataires de services d'autres sites. La Coalition canadienne des politiques sur les drogues (CCPD) et le Réseau juridique canadien VIH/sida ont conjointement animé un groupe de travail sur les SCS destinés à échanger les connaissances et bonnes pratiques et à favoriser les relations et le partage d'information. Il avait également pour but de

discuter de stratégies collectives de mobilisation adaptées à un environnement légal en évolution. En janvier 2017, la CCPD et le Réseau juridique ont coorganisé à Vancouver une consultation communautaire nationale au cours de laquelle les candidats actuels à une autorisation de SCS et d'autres en devenir pouvaient partager leurs expériences et leurs préoccupations et ainsi apprendre les uns des autres. Pour certaines des personnes interrogées, en apprendre plus sur les différents modèles de SCS et sur d'autres expériences de coopération avec autorités de santé provinciales et locales a été transformateur. Le Dr. Peter Centre a maintenant un programme officiel de partage des connaissances sur les SCS financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Ce programme favorise le réseautage entre les sites et appuie la mise en place et l'opérationnalisation de SCS à travers le Canada. Le programme comporte différents aspects. Pour les organismes de première ligne, il y a de la formation destinée à développer les compétences et les capacités. Il facilite également la diffusion des connaissances et les échanges entre les organismes, les responsables politiques, les professionnels de la santé et les réseaux de savoir à travers le pays.⁸⁴

La collaboration directe entre sites représente une autre forme de soutien à l'expansion des SCS. Par exemple, les sites de Toronto ont étroitement collaboré avec le Dr. Peter Centre et Insite pour élaborer les politiques et les procédures de leurs propres SCS. Le Dr. Peter Centre a également monté un guide pour aider les demandeurs d'exemption dans le processus de consultation et de mobilisation communautaire et pour partager leurs expériences avec d'autres prestataires de SCS.⁸⁵ Les personnes interrogées ont suggéré de poursuivre l'expansion de la collaboration entre les sites et d'élaborer une base de données partagée plus large sur les politiques, la documentation et des informations pratiques telles qu'un inventaire des meubles et équipements nécessaires pour mettre en place un SCS. Des ressources et des modèles de documents faciles d'accès seraient particulièrement utiles pour les plus petits organismes qui ont des moyens limités.

À l'intérieur d'une même ville, préparer une demande de candidature en commun avec plusieurs organismes peut se révéler utile, selon le contexte local, pour réduire le fardeau administratif que représente certains gros éléments des dossiers de candidature tels que l'organisation de consultations communautaires et la collecte de preuves démontrant un besoin local. Ce partage de la charge de travail a été employé avec un certain succès à Montréal, Toronto et Edmonton. À Edmonton, par exemple, le Royal Alexandra Hospital s'est associé à la demande d'Access To Medically Supervised Injection Services Edmonton (AMSISE) préparée en collaboration avec le Boyle McCauley Health Centre, le Boyle Street Community Services et la Georges Spady Society. Ceci leur a permis d'économiser du temps et des ressources au moment

de préparer leur propre candidature. À Toronto, le Parkdale Queen West Community Health Centre a également travaillé avec deux autres services – le South Riverdale Community Health Centre et le programme de santé publique de Toronto « The Works ». Ils ont travaillé ensemble sur leurs candidatures. Collaborer avec un programme comme « The Works » qui a des liens directs avec le conseil municipal a permis de faciliter l'implication des conseillers municipaux et d'autres acteurs clés dans le projet.

Les sites canadiens se sont aussi intéressés à des exemples internationaux pour en apprendre plus sur des approches de SCS innovantes. En 2008, une délégation d'intervenants du Québec comprenant des membres d'organismes communautaires et des représentants de l'agence de santé publique de Montréal et du ministère québécois de la Santé s'est rendue à la conférence internationale de Barcelone sur la réduction des méfaits. Le groupe a visité différents sites dans cette ville, dont un site mobile. C'est inspirées par leur visite que ces personnes ont décidé d'ouvrir plusieurs sites à Montréal. Depuis lors, quatre sites ont ouvert à Montréal, trois sites fixes et un site mobile, afin d'accroître la couverture et l'accessibilité des services dans la ville.⁸⁶

Outre la collaboration entre les organismes, à l'échelle locale, nationale et internationale, nos interlocuteurs ont souligné que des partenariats étendus et précoces avec les dirigeants municipaux et les autorités policières locales avaient facilité à la fois la procédure d'obtention d'exemption et la mise en place de SCS. Maxine Davis, ancienne directrice générale du Dr. Peter Centre, a ainsi noté que l'organisation d'une rencontre avec les services de police de Vancouver (Vancouver Police Department – VPD) dès que le centre a annoncé publiquement qu'il allait offrir des SCS s'était révélé un élément constitutif essentiel de leurs bonnes relations et communication. Un de nos interlocuteurs a dit qu'à Montréal, le fait d'avoir le soutien de la police avait été particulièrement utile pour les consultations auprès des communautés locales. Les personnes interrogées ont reconnu que ces partenariats avaient un rôle clé dans le succès, ou l'échec, d'une demande d'exemption. L'absence de soutien de la part de ces parties prenantes constitue souvent un des plus importants obstacles à l'avancée des projets.

Enfin, le soutien d'instances de réglementation, telles que les associations provinciales d'infirmières et infirmiers, a joué un rôle important dans l'expansion des SCS. Le cas du Dr. Peter Centre en est l'exemple le plus significatif. Le centre a été le premier établissement de soins de santé en Amérique du Nord à offrir des SCS en les intégrant à son programme de soins de jour et de résidence avec soins infirmiers. Le centre a agi ainsi après reçu un énoncé d'opinion de la part de la Registered Nurses Association of British Columbia (RNABC) selon lequel la supervision des injections (dans

la mesure où elle a pour objectif de prévenir les maladies et de promouvoir la santé) entre dans le champ de la pratique admise du personnel infirmier.⁸⁷ Dans la foulée, la Registered Psychiatric Nurses Association of BC (RPNABC) a émis une clarification identique relativement au champ de la pratique de ses membres.⁸⁸ Qui plus est, le Dr. Peter Centre a reçu un avis juridique selon lequel refuser aux infirmiers et infirmières le droit d'exercer selon le champ de leur pratique défini par leur instance de réglementation pouvait les mettre dans une situation périlleuse.⁸⁹ Alors même que le centre a rendu public son choix de procurer ce service sans exemption dès 2002, Santé Canada n'a jamais remis en question cette décision. Pour aller plus loin, Maxine Davis suggère que la fourniture de SCS soit réévaluée et considérée comme faisant partie intégrante de la pratique infirmière plutôt que comme un service exceptionnel. Ceci pourrait favoriser l'acceptabilité et l'essor de ces services au Canada.

Implication de la communauté

Les succès qui façonnent les progrès de la réduction des méfaits à travers le Canada ont été, et sont encore, en grande partie le fruit des efforts menés par des personnes qui utilisent des drogues, des organismes communautaires et militants. Dès les années 90, ce sont des groupes menés par des pairs qui ont ouvert et mis en oeuvre des SCS sans autorisation et depuis lors, ils n'ont cessé de combler les manques lorsque des services indispensables étaient absents ou non autorisés.⁹⁰ Ce sont des membres de la communauté qui ont commencé à ouvrir des SPS à la fin de 2016 afin de fournir des services essentiels à leurs communautés. Une grande partie de ces sites étaient uniquement gérés par des bénévoles, sans autorisation et sans soutien d'aucun palier de gouvernement. Comme de plus en plus de villes se mirent à fonctionner sur ce modèle, de Vancouver en Colombie-Britannique à Toronto et Ottawa en Ontario, les SCS devinrent de plus en plus acceptables aux yeux du grand public. Les SPS ont également servi à faire pression sur les leaders politiques pour qu'ils répondent plus urgemment à la crise des surdoses et ont poussé les gouvernements fédéraux et provinciaux à faciliter l'autorisation et le financement de SPS temporaires. Les réalisations ci-dessus montrent clairement comment l'activisme communautaire peut modeler les politiques publiques. Les personnes qui utilisent des drogues ont aussi joué un rôle essentiel dans l'orientation pour la mise en place de SCS dans leurs villes en participant aux consultations communautaires, aux groupes de travail et aux études de faisabilité. Les pairs et les militants continuent à tirer le signal d'alarme chaque fois que les services sont insuffisants et à agir pour que ces services de réduction des méfaits qui sauvent des vies puissent être étendus à travers le pays.

OBSTACLES PERSISTANTS

L'essor des SCS au Canada reste limité par un statut législatif qui fluctue au rythme de l'idéologie politique du gouvernement fédéral en place. Par ailleurs, selon ce statut, les SCS restent une solution exceptionnelle et non des services de santé vitaux. Les SCS sont un sujet très politisé au Canada et le manque d'uniformité dans les approches, que ce soit entre les différentes provinces et territoires ou selon les municipalités, fait que ces services sont largement tributaires du contexte dans lequel ils évoluent.

En dépit d'importantes réformes légales et de changements dans les politiques, les personnes interrogées ont soutenu que la procédure de demande d'exemption était encore excessivement fastidieuse et que bon nombre des critères et exigences édictés par la loi et les politiques posaient des difficultés ou n'étaient pas pertinents. Nos interlocuteurs exhortent Santé Canada à exercer un rôle de chef de file en autorisant et en soutenant des modèles de SCS diversifiés et innovants. En particulier, ils ont demandé qu'une plus large gamme d'activités et de services soit autorisée là où cela est nécessaire. Il faudrait aussi plus de soutien de la part de tous les paliers de gouvernement afin de favoriser l'implication des personnes qui utilisent des drogues dans la conception et la fourniture de SCS.

Un régime d'exception

Le fait que le cadre légal des SCS soit un régime d'exception est un obstacle fondamental à leur expansion au Canada. La mise en place de ces services de santé vitaux continue à se faire dans un système où l'exemption relativement à de possibles poursuites criminelles doit être obtenue du gouvernement fédéral et souvent en faisant face à trop d'aléas et de barrières bureaucratiques. Parce que les exemptions sont attribuées exclusivement par le seul ministre fédéral de la Santé, le processus est tributaire des changements politiques et des obédiences des partis. L'expérience des dernières années a démontré combien le processus d'exemption pouvait évoluer selon l'idéologie politique dominante.

Les personnes interrogées ont souligné que les décisions concernant les services de santé devaient être prises en fonction des besoins plutôt qu'en fonction de l'idéologie politique. Elles insistent aussi sur le fait que les organismes qui souhaitent offrir la supervision de consommation de drogues en tant qu'outil de réduction des méfaits ne devraient pas être obligés de franchir toute une série d'obstacles bureaucratiques inutiles avant d'ouvrir leurs portes. Le déploiement des SCS continue d'être lent; il s'agit d'un réel contraste avec les autres mesures que peut prendre la santé publique, par exemple lorsqu'elle met des services de traitement sur pied en quelques jours lors

des épidémies de gripes. Toujours est-il que Santé Canada reste limité par le recours aux exemptions de l'article 56.1 (exemptions pour « raisons médicales ») comme son moyen principal de protéger les utilisateurs et prestataires de SCS de possibles poursuites.⁹¹ Nos répondants ont recommandé d'abandonner ce vieux système dépassé et complexe qui requiert une exemption spécifique du fédéral, au profit de réels changements dans les politiques qui offriraient plus de soutien à l'expansion des services de réduction des méfaits.

Disparités entre les provinces, les territoires et les municipalités

La mise en place de SCS au Canada n'est pas seulement tributaire de l'approche du gouvernement fédéral vis-à-vis des exemptions, elle dépend aussi de la volonté des autorités provinciales, territoriales et municipales de soutenir ces services. Par exemple, les autorités provinciales sont habituellement responsables du financement des services de réduction des méfaits, dont les SCS; ce qui veut dire que les prestataires de services doivent naviguer entre les différents paliers de gouvernement pour pouvoir être en mesure d'offrir des SCS. Les disparités en terme d'approche entre les différentes provinces et municipalités peuvent rendre cette navigation particulièrement difficile dans certaines régions.

En Colombie-Britannique, les autorités de la province ont toujours été un chef de file dans le développement des services de réduction des méfaits, alors que dans d'autres provinces, les prestataires en devenir font face à de l'immobilisme, voire à des barrières structurelles, voire même à de l'obstruction sans équivoque de la part de leur gouvernement quand il s'agit de mettre en place des SCS. En Ontario, l'annonce récente de nouvelles exigences requises pour obtenir du financement pour des SCS ou celle de l'intention de limiter à 21 le nombre total de sites dans toute la province sont autant d'exemples de cette obstruction.⁹² Au Québec, les lignes directrices concernant les SCS datent de 2013. Elles ont été rédigées sur la base de l'expérience menée à Montréal à l'époque et doivent encore être adaptées à l'évolution de la position de Santé Canada vis-à-vis des exemptions et des besoins de santé publique. Ces lignes directrices incluent une multitude de critères à respecter pour poser une candidature pour un SCS et elles imposent une implication importante de l'agence locale de santé publique y compris là où il est prévu que le projet soit dirigé et mis en place par des organismes communautaires.⁹³ Les autres programmes de réduction des méfaits de la province n'ont pas à remplir toutes ces conditions pour fonctionner. Selon certaines des personnes interrogées, si une telle approche pouvait se justifier à l'époque où ces lignes directrices ont été édictées, elle peut aujourd'hui poser des défis inutiles aux candidats. Ceci est particulièrement vrai quand l'idée que se font les agences de santé publique des SCS diffère de celle des

organismes communautaires ou lorsque ces mêmes agences tardent à agir sur la question des SCS.

Nos interlocuteurs ont expliqué que dans certaines communautés, les obstacles les plus difficiles à franchir ne viennent pas du fédéral ou du provincial, mais de l'échelon local. Par exemple, à Red Deer, en Alberta, la province souhaite financer des SCS dans la communauté pour répondre à un taux important de décès par surdoses et à l'usage de drogue sur la voie publique. Cependant, des arrêtés municipaux sur l'occupation du territoire ne permettent les SCS que sous la forme de sites mobiles, et ces arrêtés ont été utilisés par les adversaires des SCS pour restreindre leur implantation dans la ville.⁹⁴ À Ottawa, en Ontario, des organismes ont également sans cesse fait face à l'opposition affichée du maire, du chef de la police et d'autres intervenants clés relativement aux SCS. Cette opposition a retardé et limité l'essor des services dans la ville et a forcé les membres des communautés concernés à faire fonctionner des SCS sans exemption et en dépit de l'opposition afin de sauver des vies.⁹⁵

Un processus de candidature fastidieux

CINQ CRITÈRES SPÉCIFIQUES

La procédure d'exemption fédérale reste encore et toujours excessivement exigeante en temps et en ressources. En vertu de l'article 56.1 de la LRCRAS, les candidats doivent fournir des informations sur les bénéfices attendus en matière de santé publique suite à l'installation d'un nouveau SCS. Ils doivent aussi, *si elle existe*, fournir de l'information relativement aux cinq critères énoncés par la Cour suprême du Canada. Nos informateurs clés ont discuté de la pertinence et des défis que représente chacun de ces critères.

1) L'incidence d'un tel site sur le taux de criminalité

Les personnes interrogées ont insisté sur le fait que demander de l'information sur l'effet attendu d'un possible SCS sur le taux de criminalité n'était pas pertinent dans le cadre de l'évaluation d'une demande d'exemption. Ceci est conforme avec la position de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, de l'Association médicale canadienne et d'organismes juridiques qui ont demandé le retrait de cette exigence dans la loi.⁹⁶ Avant mai 2018, date à laquelle Santé Canada a publié son nouveau document d'orientation, on attendait des demandeurs qu'ils fournissent, *si elles existaient*, des statistiques sur la criminalité et les nuisances publiques, la consommation de drogue en public, les déchets liés aux drogues incorrectement mis au rebut, l'application de la loi, les tendances en matière de flânage ou de trafic de substances désignées.⁹⁷ Nos interlocuteurs ont expliqué que collecter de telles données peut constituer un obstacle pour les organismes, car l'accès aux documents pertinents est souvent difficile et

demande beaucoup de temps. De plus, l'information recueillie est souvent périmée ou incomplète. En outre, estimer l'impact qu'un établissement pourrait avoir sur la criminalité est quelque chose de difficile à faire avant l'ouverture effective de ce site.⁹⁸ Cela dit, la version la plus récente du document d'orientation de Santé Canada montre certains signes de relâchement quant au poids accordé à ce critère dans le processus d'évaluation des demandes d'exemption. Au lieu de considérer des statistiques sur la criminalité comme une pièce indispensable du dossier de candidature, le « taux de criminalité » n'est plus cité qu'en exemple parmi plusieurs « facteurs qui peuvent influencer la santé et la sécurité publiques » pour la prise en compte des « conditions locales » d'un site envisagé.⁹⁹

Nos interlocuteurs ont relevé qu'exiger des statistiques sur la criminalité renforçait l'idée largement répandue et fautive que les SCS engendreraient une hausse de la criminalité et auraient d'autres effets négatifs sur la communauté malgré l'absence de preuves soutenant une telle assertion.¹⁰⁰ Les personnes interrogées ont aussi expliqué que, paradoxalement, cette exigence avait créé de fausses attentes au sein du public en laissant entendre que les SCS devraient nécessairement réduire la criminalité. Certains sites sont devenus les boucs émissaires des troubles à l'ordre public survenus dans le voisinage des SCS. Les données probantes sur les SCS existants démontrent une influence nulle ou positive des SCS sur la criminalité liée aux drogues dans le voisinage.¹⁰¹ Cependant, attendre ou exiger de ces services de santé qu'ils fassent reculer la criminalité n'est pas plus logique ou justifiable que d'attendre la même chose d'une clinique ou d'un hôpital. Ceci est particulièrement vrai si l'on prend en compte le fait que les problèmes d'application de la loi liés à la drogue sont profondément enracinés dans une conjonction de facteurs divers, dont la prohibition des stupéfiants et la pauvreté. Même s'il est vrai que les SCS peuvent contribuer à la sécurité et à la qualité de vie des communautés en réduisant les nuisances liées à l'usage de drogues en public et aux instruments d'utilisation de drogues abandonnés, il n'en reste pas moins que l'objectif premier des SCS reste de sauver des vies et de réduire les méfaits parmi les personnes qui utilisent des drogues. Tout effet positif en termes d'ordre public ne doit être considéré que comme un bénéfice additionnel et être géré comme tel.

2) *Les conditions locales montrant le besoin pour un site*

La majorité de nos interlocuteurs a indiqué que fournir des éléments de preuve établissant le besoin local pour un site est une exigence appropriée vis-à-vis des demandeurs d'exemption. Cela dit, il ne faut pas que cette exigence impose de fournir un volume déraisonnable d'information. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada est même allée plus loin en recommandant que ce soit le seul critère à

prendre en compte.¹⁰² Les personnes interrogées ont expliqué que sous le régime antérieur, encadré par la *Loi sur le respect des collectivités* (projet de loi C-2), il était attendu des demandeurs la fourniture, pour la zone géographique ciblée, d'informations détaillées sur les caractéristiques de la consommation de drogues dans la communauté, les taux de maladies infectieuses, les statistiques de surdoses, les rapports des coroners, et sur tout type d'urgences de santé publique.¹⁰³ Les amendements de 2017 ont simplifié ces exigences et les lignes directrices de Santé Canada mises à jour en 2018 requièrent encore moins d'informations et se concentrent sur les données démographiques de la clientèle ciblée, les taux de surdoses et de décès liés aux drogues et sur les effets escomptés en matière de santé.¹⁰⁴ Nos interlocuteurs étaient d'accord pour affirmer que seule une information de base devrait être exigée pour démontrer un besoin local; par exemple, la présence d'une population sans-abri ou d'un programme de distribution de seringues et d'aiguilles qui connaît un fort achalandage devraient être des preuves suffisantes pour obtenir une exemption. Réunir un gros volume d'information sur les conditions locales peut représenter un obstacle insurmontable pour les petits organismes ou ceux présents dans des communautés où les données ne sont pas disponibles.

3) *La structure réglementaire en place permettant d'encadrer le site*

Même si nos interlocuteurs avaient des interprétations différentes de ce que recouvre ce critère, la plupart se sont accordés pour dire que le niveau d'information exigé par Santé Canada – en particulier concernant la description détaillée des politiques et des procédures du SCS – est encore excessif. La version actuelle du document d'orientation pour les demandes d'exemption exige un plan des locaux du site et des procédures détaillées de fonctionnement incluant les responsabilités des membres du personnel, la description du déroulement des opérations du site, les procédures relativement à l'élimination de substances illégales laissées sur place, la sécurité du site, les protocoles d'enregistrement et de déclaration relativement aux substances non identifiées laissées sur place.¹⁰⁵ Nos interlocuteurs ont exprimé leur désaccord avec le fait que ces exigences soient centrées sur des questions de sécurité publique (données sur le trafic de drogues, les vols, etc.) plutôt que de mettre l'accent sur la sécurité des personnes qui utilisent ces services. Certaines personnes ont aussi souligné qu'il peut être difficile de fournir une information aussi détaillée, en particulier sur les membres du personnel ou sur les locaux, avant même que le financement du projet ne soit obtenu et garanti au niveau provincial.

En plus d'informations sur les politiques et sur les procédures, des informations sur la personne responsable (PR) sont exigées. Cette personne doit être identifiée dans la demande

d'exemption et il faut fournir à Santé Canada un CV et une vérification des antécédents criminels pour cette personne. Sous le régime antérieur de la *Loi sur le respect des collectivités*, en revanche, une vérification des antécédents criminels était exigée pour la PR, mais aussi pour tout employé supervisant la consommation.¹⁰⁶ Sandia Vadlamudy, ancienne directrice générale de CACTUS Montréal, a expliqué que l'adoption du projet de loi C-37 en 2017 fut un « gros soulagement », car il a supprimé l'obligation de fournir une vérification des antécédents criminels pour chacun des employés clés. Le cadre juridique précédent posait problème pour les organismes, car l'obligation de fournir une telle vérification pour un plus large nombre d'employés constituait un obstacle à l'inclusion des pairs dans la gestion des sites (y compris à l'accès de ceux-ci à la salle de consommation supervisée). Étant donnée l'expertise que les pairs peuvent apporter en matière de réduction des méfaits, ils doivent être au cœur de la mise en place des SCS. La législation devrait mieux refléter la richesse que représente le fait d'avoir des pairs impliqués dans la conception et la fourniture de ces services.

En outre, Santé Canada exige de tous les sites de consommation supervisée qu'ils gardent trace des formations suivies par les équipes de personnel et un registre des entrées et des sorties de tous les clients et visiteurs du site.¹⁰⁷ De plus, certains sites peuvent être obligés de collecter et de fournir, sur une base régulière, des données sur l'impact estimé des services sur le voisinage ainsi que des données démographiques générales sur les clients accueillis.¹⁰⁸ Selon nos interlocuteurs, exiger autant de rapports et autant de données peut constituer un obstacle, car collecter des informations démographiques sur les clients de SCS peut être perçu comme intrusif. Comme l'usage de drogues est encore criminalisé, les personnes sont plutôt réticentes à donner des informations personnelles de peur que celles-ci finissent dans les mains de la police. C'est pourquoi toute collecte ou conservation de données peut influencer la perception qu'ont les clients de l'accessibilité du service. Certaines des personnes interrogées ont indiqué qu'elles utilisaient un système de code anonyme pour documenter l'utilisation des services par les clients et qu'elles essayaient de gérer le registre des entrées et sorties aussi discrètement que possible afin d'engendrer le moins de malaise possible chez leurs clients.

4) *Les ressources disponibles pour assurer l'entretien du site*

Nos informateurs sont d'accord pour dire qu'il est nécessaire d'avoir des financements pour pouvoir faire fonctionner un SCS et en garantir la viabilité. Cependant, avoir un financement déjà garanti ne devrait pas être un prérequis à l'obtention d'une exemption fédérale à la LRCDAS. Santé Canada exige un plan

de financement « démontrant la faisabilité et la viabilité du site » et qui doit inclure, sans s'y limiter, des états financiers ou des audits, des confirmations d'engagements financiers et des propositions de budget.¹⁰⁹ Cette exigence a engendré des retards significatifs dans certaines communautés où les prestataires se retrouvaient dans des situations impossibles ne pouvant obtenir de financement provincial qu'une fois qu'ils auraient obtenu une exemption fédérale de Santé Canada et vice et versa. Des interlocuteurs de Montréal ont expliqué que la sécurisation du financement avait été un des plus importants obstacles à l'ouverture de leurs services. Alors même qu'ils avaient obtenu une exemption conditionnelle du gouvernement fédéral, les sites de Montréal furent incapables de poursuivre leur projet et de fournir leurs plans structurels à Santé Canada jusqu'à ce qu'ils reçoivent confirmation du financement provincial. Une restructuration qui touchait le budget et les services de santé du Québec avait engendré une période d'incertitude relativement au financement et des négociations entre le provincial et le fédéral causèrent d'inutiles retards dans l'ouverture des services. Des problèmes du même genre existent aussi en Ontario en raison du nouveau modèle de « services de consommation et de traitement » selon lequel : seuls les prestataires qui ont obtenu une exemption fédérale pour un « site de consommation supervisée » peuvent présenter une candidature pour obtenir un financement de la province.¹¹⁰

5) *Les expressions d'appui ou d'opposition de la communauté*

Nos interlocuteurs étaient d'accord pour dire, et ont particulièrement souligné, que les expressions d'appui ou d'opposition ne sont pas pertinentes dans la prise de décision du ministre d'accorder ou non une exemption. L'opinion publique ne devrait pas influencer la fourniture d'un service de santé dans une communauté. Étant donné qu'aucun autre service de santé n'est obligé de présenter les résultats d'une consultation publique pour offrir ses prestations, ce critère renforce la perception que les SCS sont une exception, que leur utilité peut être sujet à débat et qu'ils ne font pas partie intégrante d'un continuum de soins à destination de populations à risque.¹¹¹

Sous le régime antérieur de la *Loi sur le respect des collectivités*, les demandeurs d'exemption fédérale devaient présenter le rapport de larges consultations organisées auprès d'une grande variété d'intervenants et d'organismes de réglementation professionnelle. Ils devaient aussi présenter des lettres d'opinion issues des ministres provinciaux de la santé et de la sécurité publique, de l'administration locale, de la direction des forces de police locale et du premier professionnel de la santé en matière de santé publique de la province.¹¹² Suite aux

amendements de 2017, ces documents ne sont plus exigés par la loi. Les lignes directrices de 2018 laissent aussi entendre que Santé Canada adopte une attitude plus conciliante et ouverte quant à la forme que peut prendre les consultations communautaires sur les SCS envisagés. Depuis novembre 2018, Santé Canada ne requiert plus non plus de soumettre une lettre d'opinion du ministre de la Santé de la province ou du territoire comme c'était le cas dans les lignes directrices précédentes.¹¹³ Un rapport de consultation communautaire reste toutefois exigé; il doit exposer les résultats de toutes les activités menées afin de nouer le dialogue avec la collectivité et inclure les réactions et les commentaires exprimés ainsi que les mesures proposées pour répondre aux préoccupations éventuellement soulevées. Les méthodes de consultation ne sont néanmoins pas imposées.¹¹⁴ La Pivot Legal Society note que l'article 56.1 n'exige pas légalement que les candidats recueillent les expressions d'appui ou d'opposition au sein de la communauté. Le texte est assez laxiste et l'invitation à fournir des expressions d'appui ou d'opposition au sein de la communauté précise que c'est seulement « le cas échéant ».¹¹⁵ La façon dont Santé Canada interprète ce critère n'est cependant pas claire. Étant donné le contexte hostile à la réduction des méfaits qui régnait sous l'ancien gouvernement fédéral, la plupart des personnes interrogées ont expliqué que leurs organismes menaient, par précaution, des actions de prise de contact très exhaustives auprès des communautés au cas où il aurait fallu contester la décision du ministre de refuser une exemption. Ces actions auraient alors pu servir d'arguments supplémentaires en cas de litige. Ces activités auprès des collectivités demandent cependant beaucoup de moyens et de temps et les mener peut représenter un réel obstacle pour les plus petits organismes et ceux qui travaillent au niveau local et dont les ressources sont limitées alors même qu'ils sont les mieux placés pour fournir des SCS dans leurs communautés et ainsi répondre rapidement à la crise actuelle des surdoses.

Nos interlocuteurs ont expliqué que le fait de consulter la communauté peut aussi être problématique car les consultations peuvent parfois être utilisées pour perpétuer la stigmatisation relativement à l'usage de drogues. Cela peut aussi, dans certaines circonstances, favoriser la fausse impression que le voisinage et les associations commerciales locales ont leur mot à dire concernant la mise en place, la nature et la localisation de services de santé à destination de personnes qui utilisent des drogues.¹¹⁶ La docteure Elaine Hyshka, professeure assistante à l'Université de l'Alberta, a exposé l'expérience d'Edmonton relativement à l'installation de SCS en dehors d'un établissement hospitalier. Elle a expliqué que ces services auraient pu ouvrir tranquillement au sein des organismes communautaires existants qui agissaient déjà auprès des personnes qui utilisent de la drogue. Au contraire, les organismes ont dû lancer une vaste consultation

auprès des entreprises et des résidents de trois quartiers du voisinage. Cette consultation a donné l'opportunité à certains membres de la communauté et à certains élus de soulever des craintes sans fondement à propos des personnes qui utilisent de la drogue. Par le simple fait d'exister, cette consultation a engendré la perception selon laquelle les citoyens avaient tout pouvoir pour décider si des SCS pouvaient être ou non fournis dans leur ville et décider de leurs possibles emplacements. Depuis l'inauguration des SCS, la Chinatown and Area Business Association d'Edmonton est même allée plus loin en déposant une requête en Cour fédérale pour obtenir une révision judiciaire de la décision du ministre d'accorder des exemptions. Les demandeurs arguent qu'ils avaient le droit à un statut officiel dans le processus de décision du ministre.¹¹⁷

À l'opposé, les SCS situés au Royal Alexandra Hospital d'Edmonton ont fait face à très peu d'opposition. La docteure Kathryn Dong, directrice du Inner-City Health and Wellness program à l'hôpital, croit que cela s'explique par le fait que le public se sent plus à l'aise avec l'idée que ces services existent au sein d'un établissement médical reconnu, tel qu'un hôpital. Ceci ressemble à l'expérience de Maxine Davis avec le Dr. Peter Centre à Vancouver. Le site a ouvert sans faire de vagues et a fait face à peu ou pas d'opposition durant ses 16 années de fonctionnement. Ces deux interlocuteurs ont souligné l'« effet apaisant » et la meilleure acceptabilité du public liés au fait que les SCS soient offerts dans un cadre de soins de santé existant et qu'ils soient simplement un ajout à la gamme des soins déjà établie.

Globalement, les personnes interrogées ont insisté sur le fait que les consultations auprès de la communauté ne devraient pas être formellement exigées dans le cadre d'une demande d'exemption. Au contraire, il faudrait laisser à chaque organisme la faculté d'évaluer le contexte local et de définir la façon la plus appropriée, selon le contexte, de recueillir les suggestions des futurs clients potentiels et d'éduquer les membres de la communauté locale sur les SCS ainsi que les groupements d'affaires. La plupart des candidats pour offrir des SCS offrent déjà des services de réduction des méfaits au sein de leur communauté et ils ont déjà des relations avec leurs voisins et les membres de la communauté. Aussi, ces organismes sont-ils les mieux placés pour négocier chacun avec sa communauté et selon des termes qui leur sont propres. Nos interlocuteurs ont insisté sur le fait que l'approbation de la communauté ne devrait jamais être un facteur déterminant de l'ouverture ou de la non-ouverture d'un site.

UNE PROCÉDURE LONGUE ET QUI REQUIERT BEAUCOUP DE RESSOURCES

Nos interlocuteurs ont confirmé que le régime actuel reste encore trop pénible, trop rigide et incapable d'apporter des

réponses adéquates et rapides aux urgences de santé publique telles que la crise actuelle des surdoses. Si ouvrir des SPS sans autorisation officielle est la seule solution de rechange que les membres des communautés ont trouvée pour faire face à cette crise, c'est bien la preuve que, malgré les progrès effectués, le système actuel ne répond pas adéquatement aux besoins de ces communautés. Un bon nombre des personnes interrogées pour ce rapport ont obtenu leur exemption sous le régime actuel (celui entré en vigueur en mai 2017 avec le projet de loi C-37), mais ils avaient préparé leur dossier de candidature durant les années précédentes (c.-à-d. selon les exigences beaucoup plus lourdes de la précédente *Loi sur le respect des collectivités*). C'est pourquoi leurs dossiers comportaient beaucoup plus d'éléments que ce qui est exigé actuellement; ils comprenaient, entre autres, de nombreuses lettres d'opinion de la part des parties prenantes. Certains sites à Edmonton ont mis six ans à élaborer leur demande d'exemption et à essayer de répondre à toutes les exigences édictées par l'ancienne *Loi sur le respect des collectivités*. La docteure Hyshka a expliqué que certains organismes ont dû piocher dans leurs budgets déjà limités pour embaucher des personnes dédiées à la préparation de dossiers complets de demande d'exemption et ont également dû y consacrer une part énorme de leur temps.

En dépit des amendements de 2017 qui ont simplifié les exigences pour une demande d'exemption, plusieurs de nos interlocuteurs, y compris des demandeurs récents, ont dit que ces changements avaient seulement « compressé 25 critères en cinq » et qu'en pratique, il n'y avait pas de grosses différences par rapport au précédent régime. Ils insistent pour que la procédure d'exemption soit encore simplifiée afin de réduire la lourdeur administrative d'une candidature et de garantir que les services puissent être mis en place largement et rapidement quand et où on en a besoin le plus.

Nos interlocuteurs ont souligné que beaucoup d'organismes émanant de la communauté et dotés de ressources limitées (y compris ceux menés par des pairs) seraient dans une position idéale pour fournir des SCS, mais qu'ils n'ont pas les ressources ni financières, ni humaines pour se soumettre à l'exténuant processus de demande d'exemption. Les prestataires actuels et en devenir de SCS sont déjà en première ligne dans la crise des opioïdes et ils tirent le maximum de chaque dollar de leur budget limité pour sauver des vies au sein de leur communauté. S'attendre à ce que ces organismes aient les ressources, le temps et le soutien nécessaires pour réunir toutes les pièces nécessaires à un dossier de candidature n'est ni raisonnable ni réaliste.¹¹⁸ Il n'est donc pas surprenant que Santé Canada en soit encore à attendre des candidatures de la part de sites situés dans des petites communautés isolées. Nos interlocuteurs pressent Santé Canada de trouver de meilleurs moyens de soutenir les plus petits organismes et de rendre plus simple pour eux la procédure de demande d'exemption.

Plusieurs personnes interrogées ont appelé Santé Canada à autoriser les candidatures conjointes pour des établissements géographiquement proches afin de partager le fardeau administratif. Dans des villes comme Toronto et Edmonton, des sites ont étroitement collaboré pour mener les consultations au sein de la communauté, recueillir les lettres d'opinion et produire d'autres éléments du dossier de candidature; cependant, ils étaient obligés de présenter des demandes d'exemption individuelles et spécifiques à chaque site. Montréal a été une exception : Santé Canada a fini par accepter une candidature unique recouvrant quatre sites distincts (trois fixes et un mobile), mais cela a nécessité d'après négociations qui ont engendré des délais supplémentaires. Cela dit, cette souplesse n'est pas uniforme. À Edmonton, par exemple, des prestataires de services issus de trois organismes communautaires souhaitaient poser une candidature en tant que programme commun qui aurait eu trois établissements distincts, mais géographiquement proches plutôt que trois projets associés chacun à un site. Ceci aurait permis de créer un réseau au sein duquel les clients auraient pu passer facilement d'un site à un autre. Ceci était d'autant plus important que ces SCS étaient vraiment proches. Ils n'étaient qu'à quelques pâtés de maisons les uns des autres et tendaient à servir les mêmes clients. Être obligé de monter chacun un dossier spécifique a nécessité davantage de ressources et a ajouté une couche inutile de complexité au projet. De la même façon, le SPS du parc Moss à Toronto a essayé de poser sa candidature au travers du South Riverdale Community Health Centre, mais Santé Canada est fermement resté sur sa position de refuser les exemptions pour des sites satellites et n'a montré aucune ouverture quant à un possible assouplissement de celle-ci.

OBSTACLES RENCONTRÉS APRÈS L'OBTENTION D'UNE EXEMPTION

Les organismes qui offrent des SCS font face à des obstacles qui ne se limitent pas à la phase de candidature. Avant leur ouverture, tous les organismes doivent passer avec succès une inspection par Santé Canada. Les fournisseurs actuels de SCS ont expliqué que Santé Canada ne les avait pas guidés sur comment se préparer pour ces inspections ni sur ce en quoi elles consistaient. En revanche, ils reçurent le soutien d'autres sites qui avaient déjà été inspectés et qui étaient prêts à partager leur expérience. Par exemple, il fallait que les politiques et protocoles présentés aux inspecteurs aient été signés et approuvés par l'équipe de direction. Il fallait aussi que le coffre-fort destiné à recueillir les substances illicites laissées sur place par des utilisateurs des services soit boulonné en position fermée. Les inspections ont également tendance à être longues. Un de nos interlocuteurs s'est souvenu que pour son site, deux inspecteurs étaient venus pendant environ trois heures.

D'après nos interlocuteurs, même après l'ouverture du site, la paperasse exigée par Santé Canada reste importante. L'ensemble des politiques et procédures présenté lors de la demande d'exemption est rapidement devenu un ensemble de conditions requises pour conserver l'exemption. Ceci est difficile à respecter, car ces politiques et procédures ont souvent été définis alors même que le site et son mode de fonctionnement n'existaient que sur le papier. Le moindre changement – même des choses aussi basiques que de désactiver une porte qui fonctionne mal – doit être approuvé par Santé Canada via une demande de modification. Cette paperasserie fastidieuse peut représenter un vrai défi pour les fournisseurs de SCS qui ne sont pas les détenteurs directs de l'exemption de leur site. Par exemple, CACTUS Montréal ne peut pas négocier directement avec Santé Canada pour obtenir des amendements aux protocoles, aux modalités ou au fonctionnement du site. L'organisme doit le faire par l'intermédiaire du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (le détenteur de l'exemption) et il doit négocier au niveau régional. Même si cela peut présenter des avantages, tels qu'une meilleure coordination des services à travers la région, cela signifie aussi qu'il faut plus de temps et plus d'échanges pour adapter les services et que les organismes communautaires bénéficient de moins de flexibilité pour mettre en place des approches qui leur sont propres.

Le fait que les exemptions soient accordées selon un pouvoir discrétionnaire a aussi engendré des différences dans les modalités individuelles que doivent respecter les SCS. À Edmonton, par exemple, Santé Canada a accordé à trois organismes de la communauté des exemptions assorties de conditions supplémentaires : toutes les lettres d'exemption devaient être accessibles en ligne à tout un chacun; chaque site devait publier un rapport public exposant les effets des SCS sur le voisinage dans les 90 jours suivant l'ouverture.¹¹⁹ Ces rapports après 90 jours sont une grande source de stress pour des organismes qui, à ce moment-là, auraient dû se consacrer entièrement à la mise en place de leurs programmes. En outre, il est déraisonnable d'espérer qu'un site puisse démontrer le moindre impact, qu'il soit positif ou négatif, en seulement 90 jours. Réunir les données nécessaires, telles que les statistiques sur l'application de la loi, est souvent difficile et demande beaucoup de temps, et préparer ces rapports requiert un apport supplémentaire en termes de ressources humaines qui n'est pas toujours disponible.

Obstacles aux approches innovantes et à la diversité des modèles

Même si Santé Canada a récemment fait preuve d'une certaine ouverture vis-à-vis de quelques nouveaux modèles de SCS, les demandeurs d'exemptions souhaitent à la fois plus d'encadrement et plus de flexibilité de la part du gouvernement

fédéral pour accroître la gamme des services et activités autorisés. Les représentants de ARCHES ont expliqué que le principal obstacle à la mise en place de services d'inhalation n'était pas le manque d'ouverture de Santé Canada à leur proposition, mais plutôt les difficultés que représentent la création de politiques et de procédures entièrement nouvelles pour un service qui n'avait encore jamais été autorisé ainsi que la conception et la construction d'un nouveau système de ventilation pour le site. Qui plus est, Santé Canada, dans son processus de décision, accorde un poids important aux preuves scientifiques de bénéfices en termes de santé apportés par des services sanitaires. Malgré l'existence de services d'inhalation supervisée en Europe, peu d'écrits ont été consacrés à ces sites, ce qui rend difficile la fourniture à Santé Canada de preuves de leur efficacité.¹²⁰

Santé Canada reste, par ailleurs, réticent à autoriser l'injection assistée et le partage ou fractionnement de drogues dans les SCS alors même que de nombreux interlocuteurs soulignent le besoin pour de tels services. Le fait que l'injection assistée, que ce soit par des pairs, des employés ou du personnel infirmier, ne soit pas autorisée empêche des populations particulièrement vulnérables de personnes utilisatrices de drogues d'avoir accès aux services de consommation supervisée. Ces populations fragiles incluent des femmes qui sont plus enclines que les hommes à demander l'aide d'un partenaire intime et qui sont moins à même de savoir comment effectuer une injection. Elles incluent aussi des personnes aux prises avec des limitations physiques.¹²¹ Bon nombre de SCS en opération au Canada, dont le South Riverdale Community Health Centre (SRCHC) de Toronto, ont demandé que l'élargissement de la gamme de leurs services inclue l'injection assistée. Santé Canada les a avisés qu'exclure l'injection assistée de leur demande initiale d'exemption permettrait une approbation plus rapide. Peu de temps après l'ouverture, ils ont soumis une demande d'exemption modifiée afin d'y inclure l'injection assistée. Le SRCHC a soumis à Santé Canada des politiques et des protocoles modifiés pour révision, mais n'a pas reçu de réponse avant des mois. Par ailleurs, Santé Canada n'a toujours pas clairement exposé les raisons pour lesquelles ils hésitent à soutenir ces services.

Plus récemment, Santé Canada a finalement donné son accord à la conduite d'un projet pilote d'injection assistée entre pairs au sein de quatre SCS à travers le Canada (dont le SRCHC) pour la période de juin à décembre 2018.¹²² Cependant, à ce moment-là, Santé Canada a refusé d'étendre le projet pilote à plus de sites en dépit de la mobilisation de groupes communautaires et de SCS qui n'avaient pas été sélectionnés ou qui n'avaient pas eu l'opportunité de présenter leur candidature pour faire partie du projet pilote. En décembre 2018, Santé Canada a décidé de prolonger ce projet pilote jusqu'à la fin de 2019 pour les sites initialement sélectionnés.

Santé Canada a également permis aux SCS existants et aux sites qui ont un dossier en cours d'examen de poser leur candidature pour rejoindre un projet pilote d'assistance par les pairs d'une durée d'un an.¹²³

À l'opposé, les SPS de l'Ontario avaient le droit d'offrir des services d'injection assistée entre pairs en vertu de l'exemption de catégorie octroyée sur la base de l'article 56.¹²⁴ Les prestataires de SCS ont exprimé leur frustration de voir que ces sites temporaires pouvaient offrir des services que des sites de consommation supervisée opérant sous exemption fédérale n'avaient pas le droit de proposer. Il faut noter que l'injection assistée par du personnel infirmier ou un autre membre du personnel n'est pas encore autorisée au Canada même si l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario a déclaré qu'un tel service pourrait réduire, voire supprimer, les injections dans des environnements dangereux (tels que les ruelles).¹²⁵

Pour plusieurs interlocuteurs, le partage et le fractionnement des drogues est un autre service qui devrait être autorisé au sein des SCS. Le fait que ceci ne soit pas autorisé dans les locaux risque de décourager les clients de venir bénéficier des services et donc de les exposer au risque d'être arrêté ou harcelé par la police. De nombreuses personnes achètent des drogues collectivement avec l'intention de les partager ensuite.¹²⁶ De la même façon, les drogues sous forme de pilules doivent souvent être préparées sous forme de solution avant de pouvoir être partagées; le fractionnement à l'avance est donc impossible.¹²⁷ Procurer ce service transférerait des activités illégales à l'intérieur des locaux, ce qui pourrait à la fois protéger des clients vulnérables et rejoindre les objectifs communautaires de sortir de la rue les activités de préparation de drogues.

Les personnes interrogées ont aussi souligné le besoin d'une plus large gamme d'options médicales pour faire face au très grave problème de la présence de drogues dangereuses; ce problème contribuant largement aux morts par surdose au Canada. Le docteur Mark Tyndall, directeur général du BC Centre for Disease Control, explique qu'une réponse appropriée en matière de santé publique pour faire face à cette épidémie par empoisonnement doit inclure la fourniture de produits alternatifs sûrs aux personnes à risque. Offrir une distribution contrôlée d'opioïdes de qualité pharmaceutique participerait au recul du trafic de drogues présent dans les rues qui est illégal et échappe à tout contrôle. Ceci pourrait prendre la forme d'un programme tel que celui de la Providence Crosstown Clinic à Vancouver. Là-bas, les clients peuvent se procurer de l'héroïne injectable ou de l'hydromorphone à utiliser sous supervision médicale. Des programmes de traitement à l'héroïne (TH) sont offerts depuis de nombreuses années en Suisse, au Danemark, en Allemagne, au Luxembourg, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni.¹²⁸

Au Canada, le projet NAOMI (North American Opiate Medication Initiative) a été mené de 2005 à 2008 pour évaluer la faisabilité et l'efficacité d'une implantation de TH.¹²⁹ En dépit de résultats positifs, le gouvernement fédéral de l'époque a refusé d'étendre l'initiative ou de mettre en place une clinique permanente de TH.¹³⁰ Depuis lors, une autre étude a été menée (Study to Assess Longer-term Opioid Maintenance Effectiveness – SALOME) afin de comparer l'efficacité du TH et celle du traitement par hydromorphone.¹³¹ Les participants à cette étude continuent de recevoir un TH à la Providence Crosstown Clinic de Vancouver, le seul établissement médical à offrir le TH en Amérique du Nord.¹³²

En 2018, Santé Canada a modifié la réglementation encadrant les traitements de substitution aux opioïdes et a jeté les bases pour une expansion de la méthadone et des TH.¹³³ Plus récemment, des programmes d'injection supervisée d'hydromorphone ont été mis en place à Ottawa dans le cadre d'un traitement par agoniste opioïde injectable (TAOi).¹³⁴ En 2017, le gouvernement provincial de l'Alberta a donné son accord au lancement, à Edmonton et Calgary, de projets pilotes qui permettent à des patients de s'injecter de l'hydromorphone sous la supervision de professionnels de la santé.¹³⁵ Pour le docteur Tyndall, cependant, de tels modèles de programmes, même s'ils sont nécessaires, restent difficiles à faire croire et à extrapoler. Cela est dû aux coûts élevés de l'hydromorphone et de la diacétylmorphine et aux obstacles logistiques qu'impose l'installation de cliniques destinées à fournir les drogues et le soutien médical. Une autre limite est le fait que ce modèle oblige les personnes à abandonner leur liberté de consommer de la drogue où et comme elles le veulent. La clientèle de ces programmes doit, en effet, se rendre à des cliniques jusqu'à trois fois par jour,¹³⁶ ce qui représente une implication que la plupart des gens ne peuvent pas ou ne veulent pas assurer. D'autres modèles, tels que la distribution de pilules d'hydromorphone dans des cliniques, des pharmacies, des SCS ou des unités de logement avec soutien, n'ont, pour la plupart, pas été évalués, mais ils sont potentiellement plus simples à reproduire à une grande échelle et donc plus aptes à rejoindre un plus grand nombre de personnes qui utilisent des drogues.¹³⁷

Nos interlocuteurs ont unanimement affirmé le besoin d'un continuum de SCS disponibles dans tout le Canada. Cette continuité de services doit partir des services à bas seuil offerts par des pairs sur le terrain et aller jusqu'à des services de santé complets incluant des soins de base, des soins en santé mentale, des traitements et des services sociaux.¹³⁸ Les SCS devraient être offerts dans une grande variété de formats et dans de multiples environnements pour s'adapter aux besoins des clients. Les services doivent être dispensés dans des unités mobiles, dans les établissements d'hébergement, les organismes de réduction des méfaits, les centres d'accueil, les refuges, des sites autonomes et des hôpitaux.¹³⁹ Certains interlocuteurs ont particulièrement insisté sur le besoin d'offrir un meilleur accueil et un meilleur

soutien à des SCS non médicalisés et dirigés par des pairs. Ces SCS doivent venir en complément des sites de consommation supervisée plus traditionnels où le personnel de santé peut jouer un rôle important. Jean-François Mary, de l'Association Québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues, explique que les modèles à bas seuil au plus proche du terrain, sont indispensables pour servir les personnes qui ne se sentent pas à l'aise avec les structures institutionnalisées.

Nos interlocuteurs montréalais ont fait part de récentes tensions entre les organismes communautaires et les agences de santé publique relativement à l'approche à privilégier pour les SCS. Étant donné le contexte politique qui prévalait au moment où ils préparaient leurs demandes d'exemption (c.-à-d. sous le précédent gouvernement fédéral), les organismes communautaires ont convenu de confier la direction de leurs demandes d'exemption pour SCS à l'agence locale de santé publique afin de donner à leurs dossiers plus de crédibilité et plus de soutien au niveau local et afin, ultimement, d'accroître leurs chances d'obtenir une exemption. Ce « transfert », initialement stratégique et consensuel, a ensuite montré ses limites, car il a complexifié la gouvernance du site et a rendu plus difficile, pour les organismes communautaires, le maintien de leur approche traditionnelle à bas seuil. Cela a conduit certains pairs et certains travailleurs dans le domaine de la réduction des méfaits à se sentir exclus de leur propre projet et à avoir l'impression que leur expertise n'était plus reconnue. La Pivot Legal Society a rapporté des situations similaires où de nombreux candidats avaient l'impression que la procédure d'exemption fédérale de Santé Canada n'accordait ni confiance ni valeur au travail que les personnes qui utilisent des drogues réalisent avec succès depuis des dizaines d'années. Les pairs et les travailleurs de première ligne ont sans cesse mené des efforts pour sauver des vies durant les crises et ils ne devraient pas être obligés de batailler afin d'obtenir une exemption les autorisant à poursuivre une activité qu'ils exercent déjà.¹⁴⁰ Le Canada a besoin d'un cadre qui permette la mise en place de différents types de SCS, y compris ceux qui sont moins médicalisés et ceux qui s'appuient sur, et renforcent les capacités, des personnes qui utilisent de la drogue.

Santé Canada doit non seulement assouplir son approche des SCS et être moins normatif relativement aux approbations d'exemption, mais il doit aussi jouer un rôle de chef de file plus important en soutenant et en encourageant les autorités provinciales à favoriser la mise en place de modèles diversifiés de SCS. À contrario, l'annonce récente de l'Ontario de n'avoir qu'un seul cadre de SCS (celui des « services de consommation et de traitement ») va dans le sens d'une contraction de la mise en œuvre de modèles de services variés. S'il est indéniable que des progrès ont été faits au Canada concernant l'expansion des SCS, ceci doit nous rappeler qu'il y a encore beaucoup à faire pour s'assurer que tous les Canadiens puissent bénéficier de soins fondés sur des données probantes et qui répondent à leurs besoins.

CONCLUSIONS

Au cours des deux dernières années, le Canada a connu une remarquable évolution dans l'expansion des SCS à travers le pays. Ceci est, dans une large mesure, à relier à l'urgence de santé publique que nous connaissons et qui se chiffre à plus de 4 000 décès par surdoses en 2017¹⁴¹ et plus de 2 000 pour la première moitié de 2018.¹⁴² Cette situation dramatique a mis en lumière les conséquences néfastes de l'approche canadienne en matière des drogues, une approche axée sur la prohibition et qui a, pendant des années minimisé, voire même ignoré, les bénéfices de la réduction des méfaits. Tandis que dans certaines provinces, des efforts été faits en faveur de la réduction des méfaits, entre 2006 et 2015, le gouvernement fédéral a pris des mesures explicitement destinées à restreindre la mise en place de SCS au Canada. L'expansion des SCS a été le fruit des efforts incessants de personnes qui utilisent des drogues, de fournisseurs de services, de professionnels de la santé et des personnes qui les ont soutenus par leurs revendications à de nombreux niveaux (y compris devant les tribunaux) en faveur de ces services salvateurs. Plus récemment, ces efforts ont été complétés par l'essor, principalement au fédéral, d'une volonté politique, fruit de pressions engendrées par la crise continue des surdoses et par l'apparition de SCS opérant sans autorisation à Vancouver, Toronto et Ottawa.

L'élection d'un nouveau gouvernement fédéral à la fin de 2015 a marqué un tournant décisif dans l'expansion des SCS au Canada. En 2016, le gouvernement fédéral a rétabli la réduction des méfaits en tant que pilier de la stratégie canadienne sur les drogues, et en 2017, il a également mis fin à certains obstacles législatifs à la mise en place de SCS créés par la législature précédente. Des mesures ont été prises pour améliorer la transparence et pour simplifier le processus de demandes d'exemption. Tous nos interlocuteurs ont salué les efforts de communications de Santé Canada, sa plus grande réactivité, l'amélioration des collaborations, son traitement plus rapide des demandes et une certaine ouverture à la mise en place de modèles innovants de SCS comme l'inhalation supervisée.

Bien que des efforts aient été entrepris pour faciliter la mise à l'échelle de SCS à travers le pays, il n'en demeure pas moins que les fournisseurs de services ne peuvent toujours pas offrir de SCS en toute confiance et de manière durable sans obtenir, au préalable, une exemption spécifique protégeant le personnel et les clients contre d'éventuelles poursuites criminelles sur la base de la LRCDAS. Un tel régime d'exception pour un service de santé fondé sur des données probantes constitue un obstacle majeur à sa mise en place rapide ainsi qu'un important facteur de vulnérabilité. L'historique des SCS au Canada montre que dépendre du pouvoir discrétionnaire du ministre fédéral de la Santé pour obtenir une exemption rend les SCS extrêmement vulnérables au contexte politique (même si la Cour suprême du Canada a fixé certains cadres à l'exercice du pouvoir discrétionnaire du ministre de la Santé).¹⁴³ L'approche actuelle consistant à octroyer une exemption au cas par cas montre ses limites et elle contribue à pérenniser la politisation d'un enjeu de santé publique en laissant aux mains du gouvernement la décision d'autoriser ou non des SCS. Le régime juridique actuel confère aussi au gouvernement fédéral d'importants pouvoirs de contrôle, de restriction et de supervision relativement à la mise en place et au fonctionnement des SCS ce qui peut limiter l'accès à des services diversifiés et innovants.

Notre rapport identifie un certain nombre de priorités axées sur le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral, afin d'améliorer l'approche du Canada en matière de SCS et de faciliter l'essor de ces services de santé salvateurs. Il est temps que des mesures soient prises pour normaliser les SCS et les intégrer harmonieusement au sein d'un ensemble complet de services pour les personnes qui utilisent des drogues

Comme point de départ primordial, nous proposons d'adopter un nouveau cadre juridique en vertu duquel la décision d'autoriser l'ouverture d'un SCS ne serait plus laissée à la seule discrétion du gouvernement fédéral et les conditions d'ouverture des SCS seraient assouplies. Reconnaisant que la situation peut varier d'une localité à l'autre et que certaines instances provinciales et municipales peuvent elles aussi constituer d'importants obstacles à la mise en place de SCS, ***nous recommandons un cadre juridique dans lequel il ne serait plus nécessaire d'obtenir une exemption spécifique pour offrir des SCS dès lors que certaines conditions minimales seraient satisfaites.*** Ultimement, mettre fin à l'interdiction pénale, générale, de possession de drogue faciliterait le fonctionnement des SCS salvateurs. Cela dit, d'autres mesures pourraient être prises immédiatement, dans le cadre législatif actuel, pour faciliter une expansion rapide des SCS.

Un changement au niveau du cadre juridique est important, mais il reste insuffisant. **D'autres mesures concrètes, y compris des financements plus importants, doivent être adoptées à tous les niveaux de gouvernement afin de permettre aux organismes communautaires et aux fournisseurs de soins de santé d'offrir un large éventail de services adaptés aux besoins des personnes qui utilisent des drogues.** Le gouvernement fédéral doit devenir chef de file et travailler avec les provinces pour garantir un meilleur accès à des SCS, dont on sait qu'ils sauvent des vies et favorisent la santé sur l'ensemble du territoire.

RECOMMANDATION À L'ATTENTION DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

1. DÉCRIMINALISATION

Le gouvernement fédéral devrait décriminaliser les activités liées à l'usage personnel de drogues.

La prohibition des drogues ne protège ni la santé publique ni l'ordre public. En fait, la criminalisation de la possession personnelle de drogues augmente les risques de préjudices pour les personnes qui en utilisent en les privant, par exemple d'un accès optimal aux services et soins d'urgence en cas de surdose. De façon générale, la criminalisation perpétue la stigmatisation, les discriminations, ainsi que l'incarcération disproportionnée des personnes qui utilisent des drogues.¹⁴⁴ Les mesures successives d'interdiction de diverses substances ont un effet de déplacement qui contribue à la toxicité croissante des drogues disponibles sur le marché illégal canadien et donc à la crise des surdoses. Dans les faits, la décriminalisation mettrait fin au statut d'exception des SCS : il ne serait plus nécessaire d'obtenir une exemption pour protéger les clients et le personnel des SCS contre des poursuites criminelles. Cela permettrait aux SCS d'ouvrir et de fonctionner de la même façon que d'autres services de réduction des méfaits. Cela contribuerait à ne plus faire des décisions concernant les SCS des enjeux politiques. Les appels à la décriminalisation sont de plus en plus nombreux au Canada, et notamment de la part des professionnels de la santé qui réclament une approche fondée sur la santé publique en matière d'utilisation problématique de drogues.¹⁴⁵

2. EXEMPTION DE CATÉGORIE POUR LES CLIENTS ET LES FOURNISSEURS DE SCS

En attendant une nécessaire décriminalisation, le gouvernement fédéral devrait accorder une exemption de catégorie pour protéger les clients et le personnel (y compris bénévole) des SCS contre d'éventuelles poursuites pour possession de drogues ou pour des activités susceptibles de constituer un « trafic » (comme le partage de drogues ou l'assistance à l'injection), dès lors qu'un certain nombre de conditions minimales sont respectées.

Comme mentionné plus haut, le ministre fédéral de la Santé peut, dans le cadre législatif actuel et sous certaines conditions, accorder une exemption de catégorie « dans l'intérêt public » en vertu de l'article 56 de la LRCIDAS. Une autre possibilité serait pour le Cabinet fédéral d'adopter, en vertu de l'article 55, un règlement accordant, sous certaines conditions, une telle exemption relativement à la LRCIDAS. Le Parlement pourrait aussi modifier la LRCIDAS en créant, dans la loi elle-même, une exemption permanente protégeant, sous certaines conditions, les clients et le personnel des SCS.

Une exemption de catégorie protégeant automatiquement le personnel et les clients des SCS contre les poursuites dès lors que certaines conditions sont remplies, soulagerait les fournisseurs de SCS d'un fardeau administratif considérable, puisqu'ils n'auraient plus à faire de demande d'exemption au cas par cas auprès de Santé Canada. Une telle approche est particulièrement importante dans le contexte actuel d'urgence de santé publique et pour les petits organismes de réduction des méfaits dont les ressources sont limitées. De plus, cette solution serait parfaitement cohérente avec la reconnaissance, par le gouvernement fédéral, des bienfaits des SCS qui permettent de sauver des vies et d'améliorer la santé des usagers, de créer un point d'entrée pour la fourniture de traitements et de services sociaux pour les personnes prêtes à arrêter ou diminuer leur consommation, tout en restant économiques et en n'augmentant ni la consommation de drogues ni la criminalité tel que démontré au Canada et dans d'autres pays.¹⁴⁶

Qu'elle prenne la forme d'une exemption ministérielle, d'un règlement du Cabinet ou d'une disposition législative au sein de la LRCDas elle-même, il est important que l'exemption de catégorie soit suffisamment générale pour permettre la mise en œuvre d'un continuum de différents modèles de SCS allant des services à bas seuil offerts par des pairs aux services de santé complets. En outre, l'exemption inclurait certaines conditions minimales destinées à protéger la sécurité et le bien-être des clients, du personnel et des communautés avoisinantes. Il faut souligner que ces conditions minimales, propres à la supervision de la consommation, seraient développées *dans le but de définir les circonstances dans lesquelles le droit criminel n'a pas vocation à s'appliquer*. Elles n'auraient pas vocation à remplacer les meilleures pratiques pouvant aider à la mise en œuvre de divers modèles de SCS de différentes échelles.

Les conditions minimales devraient être définies en consultation avec les fournisseurs de services et les personnes qui utilisent des drogues et en s'appuyant sur des expériences menées aussi bien au Canada (dont celles des SPS) que dans d'autres pays. Elles porteraient sur les aspects structurels des services et notamment sur les ressources humaines, les procédures et protocoles à mettre en place et les exigences en matière d'équipement, de santé et de sécurité. Ces conditions minimales ne devraient pas être excessives ou onéreuses, car cela maintiendrait ou de recréerait les obstacles à l'essor de ces services indispensables. Sur la base de l'expérience des SPS au Canada, les conditions minimales d'exemption de catégorie pourraient inclure :

- Un nombre minimum de personnes sur place en permanence formées à l'administration de la naloxone et à la réanimation cardiopulmonaire, de même que la désignation d'une « personne responsable » chargée de la supervision de toutes les opérations du SCS, dont la garantie du respect des conditions minimales, des procédures et des protocoles, et du maintien d'une liaison avec les communautés locales.
- La présence d'un équipement approprié pour assurer une offre de soins d'urgence fondés sur les données probantes en cas de surdose (p. ex. naloxone, administration d'oxygène) et fournir des SCS. Ceci inclut, notamment, du matériel de réduction des méfaits telles que des seringues et des aiguilles stériles ainsi qu'un équipement de base pour la mise au rebut sécuritaire du matériel usagé.
- L'existence de protocoles et procédures de base en matière de santé et de sécurité concernant : le rôle et les responsabilités des employés; la réponse à apporter en cas de surdose; le traitement du matériel de consommation usagé et de drogues laissées sur place; et la prévention de toute activité qui pourrait s'apparenter à du « trafic » (et qui ne serait pas autorisée par l'exemption de catégorie; l'exemption pouvant couvrir le partage de petites quantités de drogues entre clients des services).

- Le respect d'exigences d'application générale raisonnables, définies au niveau provincial et municipal (p. ex. pour répondre à des exigences de sécurité et de santé telles que les normes en matière d'incendie).
- Une notification pour informer Santé Canada dans les cinq jours à compter du début de l'offre de services dans un lieu donné.

3. UNE PROCÉDURE SIMPLIFIÉE POUR LES DEMANDES D'EXEMPTION POUR SCS

Si le gouvernement fédéral insiste pour maintenir, alors que ce n'est pas nécessaire, un processus d'exemption des SCS au cas par cas, des mesures devraient être adoptées pour simplifier davantage le processus de demande d'exemption et en limiter les exigences.

Des modifications devraient être apportées aux politiques et aux pratiques de Santé Canada ou par le biais d'un règlement¹⁴⁷ pour répondre aux points suivants :

- **Davantage de passerelles sont nécessaires** pour permettre l'attribution rapide d'exemptions par les instances de santé provinciales/territoriales ou locales, ou par le ministre fédéral à la simple demande de l'une de ces instances.
- **Santé Canada ne devrait pas exiger plus d'informations que ce qui est légalement requis** en vertu de l'article 56.1 de la LRCDas, ni imposer d'obstacles additionnels aux futurs fournisseurs de services. Toute décision relative à la mise en place de services de santé doit être fondée sur les besoins et les effets bénéfiques attendus de tels services sur la santé publique. En particulier :
 - **Des consultations communautaires ne devraient pas être exigées obtenir une exemption.** Ce devrait être aux organismes de déterminer à quel moment et par quelle méthode ils souhaitent engager un dialogue avec la communauté locale. Une telle prise de contact a pour but de faciliter un fonctionnement efficace du site. La question d'une éventuelle responsabilité pénale des usagers ou du personnel ne devrait pas dépendre de ces consultations.
 - **L'obtention de financement ne devrait pas être un préalable à une exemption fédérale.** Il devrait être possible d'obtenir une exemption levant toute

incertitude juridique quant au fonctionnement d'un service avant de sécuriser son financement. En réalité, le fédéral devrait prévoir des financements pour soutenir les SCS, y compris dans les provinces où les gouvernements locaux sont réticents à financer ces services salvateurs.

- **Les organismes devraient avoir droit de déposer des demandes conjointes et d'ouvrir des sites satellites sans avoir à déposer de nouvelles demandes d'exemption.** Ceci allégerait le fardeau administratif associé au processus de demande d'exemption et faciliterait la coordination des services à l'échelle municipale.
- **Afin de mieux répondre aux besoins spécifiques des communautés, davantage de souplesse est nécessaire afin d'encourager et autoriser un plus large éventail de modèles de services et de permettre une meilleure adaptation à des contextes changeants.** Là où les besoins se font sentir, les services devraient pouvoir être développés afin d'inclure non seulement l'injection supervisée et la consommation orale et nasale, mais également l'inhalation ou l'assistance à l'injection. Ce déploiement devrait aussi permettre le partage et l'analyse des drogues et des interventions visant à répondre au problème critique de la dangerosité des drogues disponibles sur le marché illégal et auxquelles sont liées les surdoses mortelles (comme la prescription de substances contrôlées par exemple).
- **Les exemptions devraient être d'une durée supérieure à un an,** pour éviter que les groupes communautaires ne soient soumis régulièrement à un lourd processus d'approbation et de compte rendu de manière répétitive.

4. AUTRES MESURES QUE LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DEVRAIT ADOPTER POUR FAVORISER L'EXPANSION DES SCS

Comme souligné précédemment, le gouvernement fédéral devrait prévoir des financements pour soutenir les SCS, y compris dans les provinces et territoires où les gouvernements locaux sont réticents à financer ces services salvateurs.

Le gouvernement fédéral devrait travailler avec les gouvernements des provinces, territoires et municipalités afin de veiller à ce qu'ils s'engagent à faciliter l'expansion des SCS là où nécessaire, y compris à travers des financements immédiats et continus pour les SCS.

Un soutien accru devrait être offert aux fournisseurs de services, en particulier aux organismes de terrain et de pairs qui sont bien placés pour fournir des SCS mais qui ne disposent pas de ressources financières ou humaines suffisantes pour faire une demande d'exemption ou mettre en œuvre sans soutien additionnel, des SCS répondants aux critères minimaux. Par exemple, des organismes communautaires pourraient avoir besoin de soutien pour réaliser des rénovations ou construire des salles de consommation conformes aux exigences de sécurité.

Le gouvernement fédéral devrait organiser des rencontres entre forces de l'ordre, professionnels de santé, travailleurs sociaux, personnes qui utilisent des drogues et organisations communautaires afin de favoriser une meilleure compréhension et une plus grande acceptabilité des SCS à travers le pays.

RECOMMANDATIONS À L'ATTENTION DES AUTORITÉS PROVINCIALES, TERRITORIALES ET MUNICIPALES :

La mise en place de SCS au Canada dépend non seulement de l'approche du gouvernement fédéral en matière d'exemption en vertu de la LRCIDAS, mais aussi de la volonté des autorités provinciales, territoriales et municipales d'appuyer ces services en apportant, notamment, des financements et en n'imposant pas de réglementations inutiles. Des efforts sont nécessaires à tous les niveaux de gouvernement pour une expansion des SCS à travers le pays.

- **Les autorités provinciales et territoriales devraient fournir un financement opérationnel immédiat et sur le long terme aux SCS dans leur province ou territoire.**
- **Les autorités provinciales et territoriales ne devraient pas assujettir la mise en place de SCS à des conditions qui ne sont pas requises pour d'autres services de santé.** En particulier, les autorités provinciales et territoriales ne devraient pas créer d'obstacles spécifiques à l'obtention de financements destinés à la mise à disposition d'un large éventail de services de consommation supervisée. Les directives des gouvernements provinciaux ou territoriaux en matière de SCS devraient être amendées en conséquence.
- **Les autorités municipales ne devraient pas empêcher la mise en place de SCS à travers l'adoption de règlements municipaux.**

ANNEXE

EXEMPLES VENUS D'EUROPE

Des SCS sont présents depuis 30 ans en Europe. Les premiers ont vu le jour en Suisse, en Allemagne et aux Pays-Bas dans les années 80 et au début des années 90 en réponse aux épidémies naissantes de VIH et d'hépatite C et à l'augmentation de la présence des drogues dans l'espace public et du nombre de décès par surdose.¹⁴⁸ D'autres pays européens ont récemment modifié leur législation pour autoriser les SCS. Il existe différents cadres juridiques en matière de SCS à travers le continent. Si les organismes qui y offrent des SCS sont souvent tenus d'obtenir une exemption ou une licence spécifique de la part d'une autorité gouvernementale au niveau national ou régional/provincial, les SCS en Suisse, en Espagne et aux Pays-Bas, ne font aujourd'hui l'objet d'aucune procédure d'approbation spécifique.

Aucun régime spécifique

En Suisse, le premier SCS a ouvert à Berne en 1986.¹⁴⁹ Depuis lors, les SCS ont été reconnus et acceptés en Suisse comme partie prenante de l'approche de santé publique en matière de drogues. Ils ne sont pas soumis à un traitement juridique spécifique qui les distinguerait des autres mesures de réduction des méfaits. Comme l'explique Diane Steber Buechli de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), il n'est pas nécessaire d'obtenir une exemption vis-à-vis du droit pénal ou une autorisation spécifique de la part des autorités fédérales pour offrir des SCS en Suisse. La *Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes* affirme que la réduction des méfaits est un des quatre piliers de la politique de la Suisse sur les drogues. Les quatre piliers sont : la prévention, la thérapie et la réinsertion, la réduction des risques et l'aide à la survie et enfin, le contrôle et la répression.¹⁵⁰ La loi fédérale suisse spécifie aussi qu'il faut que les cantons (les « états » membres de la Confédération helvétique) « prennent des mesures de réduction des risques et d'aide à la survie en faveur des personnes ayant des troubles liés à l'addiction afin de prévenir ou d'atténuer la dégradation de leurs conditions médicales et sociales ».¹⁵¹ Par conséquent, chaque canton est responsable de l'implantation de SCS sur son territoire s'il en décide ainsi. S'il n'y a pas de procédure spécifique d'approbation, il n'en demeure pas moins que la décision d'ouvrir un site dépendra d'une décision politique locale qui inclut la prise en compte des besoins locaux et des priorités convenues en matière de financement.¹⁵² Actuellement, il y a en Suisse 12 établissements qui offrent des SCS dans huit villes différentes.¹⁵³ Même si l'Office fédéral de la santé publique n'a aucune compétence relativement au financement et à la mise en place des SCS au niveau local, il joue un rôle important en créant des espaces

de dialogue entre les différents acteurs. Ces espaces permettent une meilleure compréhension des enjeux liés aux drogues et une meilleure acceptabilité, des mesures de réductions des méfaits, incluant les SCS, à travers le pays.¹⁵⁴

En Espagne non plus, l'implantation des SCS n'est pas, actuellement, soumise à une procédure d'approbation spécifique. La consommation et la possession de petites quantités de drogue n'ont jamais été criminalisées en Espagne même si les mêmes activités, dans l'espace public, peuvent conduire à de sévères sanctions administratives.¹⁵⁵ Les gouvernements régionaux et locaux sont responsables du développement des services de prévention et de traitement liés à l'usage de drogues. Ceci a permis à certaines entités subnationales nommées « communautés autonomes » (principalement la Catalogne et le Pays basque) de promouvoir des politiques innovantes en matière de drogues et de mettre en place toute une gamme d'interventions de réduction des méfaits, dont des SCS.¹⁵⁶ Il y a actuellement en Espagne 13 SCS répartis entre 7 villes; ces SCS bénéficient de l'appui officiel du gouvernement central.¹⁵⁷

Le premier SCS des Pays-Bas a ouvert à Amsterdam dans les années 70 et à ce jour, il n'y a pas de cadre juridique spécifique qui autorise les SCS ou qui leur procure de solides garanties contre les poursuites. Certaines directives en matière de poursuites pénales publiées par le bureau du procureur général en 1996 indiquent que la possession de drogues dans l'enceinte de salles de consommation de drogues est tolérée à condition que l'établissement réponde aux exigences définies par la police, le maire et le ministère public.¹⁵⁸ Il y a actuellement aux Pays-Bas 31 SCS en fonction répartis entre 25 villes.¹⁵⁹

Régime spécifique exigeant une désignation ou une autorisation des autorités nationales

En France, depuis l'adoption d'une loi en 2016, les SCS sont officiellement reconnus comme un des éléments de la politique de réduction des méfaits en direction des usagers de drogues.¹⁶⁰ Contrairement à ce qui se passe en Suisse, un régime légal spécifique applicable aux SCS a été mise en place en France dans le cadre d'un projet pilote d'implantation de SCS d'une durée de six ans. La loi exige que les SCS soient désignés par le ministère de la santé après avis des autorités régionales de santé publique et des autorités municipales. Même si la loi fixe quelques conditions minimales à respecter, c'est le ministère de la santé qui définit par arrêté, les conditions de fonctionnement des SCS.¹⁶¹ Les arrêtés actuels imposent des conditions de fonctionnement strictes et précises.¹⁶² En vertu de la loi de 2016, le personnel et les clients des SCS désignés sont expressément protégés contre des poursuites pour usage et détention illicites

de stupéfiants ou pour complicité et facilitation d'usage illicite de stupéfiants.¹⁶³ Il n'y a actuellement que deux sites en activité en France : un à Paris¹⁶⁴ et un à Strasbourg.¹⁶⁵

En Irlande, comme au Canada, les fournisseurs de SCS peuvent maintenant poser une candidature auprès du ministère de la Santé pour obtenir un « permis pour ouvrir un établissement d'injection supervisée dans le respect de certaines règles ». ¹⁶⁶ Les critères pertinents à l'obtention d'un permis incluent notamment la convenance des locaux, l'expérience et l'expertise du candidat, la mise en place de protocoles adéquats et l'existence d'informations sur les personnes qui utilisent des drogues, les surdoses et les décès qui mettent en évidence un besoin local.¹⁶⁷ Le *Misuse of Drugs (Supervised Injecting Facilities) Act 2017* publié le 16 mai 2017 énonce spécifiquement que les dispositions pénales relatives à l'utilisation et à la possession illicites de drogues ne s'appliquent pas aux clients et aux membres du personnel d'un SCS autorisé.¹⁶⁸ Il n'existe aucun SCS actuellement en Irlande. Un site devait ouvrir à Dublin, mais il se heurte à des obstacles au niveau local. Le conseil municipal de Dublin a exigé des informations supplémentaires avant d'accorder un permis de construire pour l'établissement. Le site pourrait ne pas ouvrir ses portes avant 2019.¹⁶⁹

De la même façon, au Luxembourg, la loi a été modifiée en 2001 pour protéger les clients et le personnel des établissements spécialement autorisés par le ministère de la Santé.¹⁷⁰ Il n'y a actuellement qu'un seul SCS en activité au Luxembourg.¹⁷¹

Au Portugal, la possession de drogue est décriminalisée mais constitue encore une infraction administrative. Les services de réduction des méfaits, incluant les SCS, y sont réglementés par décret (qui établit un certain nombre de conditions).¹⁷² La réglementation mise en place en 2001 précise que les SCS doivent être mis en place par les conseils municipaux ou à l'initiative d'organismes privés travaillant dans le domaine de la dépendance aux drogues, mais que les autorisations sont accordées par l'Institut portugais sur les drogues et la dépendance aux drogues après consultation du conseil municipal (sauf si le conseil municipal est à l'initiative du projet). En 2012, cet institut autonome a fusionné avec le Service national de santé du pays.¹⁷³ Toute entité qui souhaite initier ou maintenir des services de réduction des méfaits, incluant les SCS, doit désormais déposer sa demande au *Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências – SICAD*.¹⁷⁴ Le SICAD est rattaché au ministère de la Santé et assure la mise en œuvre de la stratégie nationale contre les drogues.¹⁷⁵ Selon APDES, une ONG du Portugal, les obstacles à la mise en place de SCS se retrouvent à l'échelon local, car dans les faits, les SCS sont soumis au bon vouloir des municipalités.¹⁷⁶ Actuellement, les efforts se poursuivent pour ouvrir des SCS au Portugal. Lisbonne a récemment annoncé l'ouverture de trois sites qui devraient être en fonction d'ici le début de 2019.¹⁷⁷

Un régime spécifique exigeant un permis de la part des autorités provinciales, régionales ou étatiques

En Allemagne, il y a des SCS depuis les années 90 même si ce n'est qu'en 2000 que la loi allemande sur les stupéfiants a été amendée pour fournir une base légale à l'implantation de SCS dans le pays. Les SCS sont légaux en Allemagne, mais toute personne qui souhaite en ouvrir un doit obtenir un « permis de la part de la plus haute autorité compétente du Land (équivalent d'une province ou d'un état dans un pays fédéral) ». ¹⁷⁸ Un tel permis ne peut être délivré que dans les Länder où une ordonnance spécifique de réglementation des SCS a été promulguée. La loi allemande sur les stupéfiants énonce dix critères minimaux à respecter par les SCS et qui doivent être inclus dans les ordonnances.¹⁷⁹ Dans un rapport de 2011, le Deutsche AIDS Hilfe a observé qu'« (...) après 10 ans de mise en application, l'ordonnance votée et les exigences des autorités de supervisions (agences municipales, police et procureurs d'état) ont eu un effet plutôt restrictif sur les considérations d'ordre conceptuel et sur la marge de manœuvre. »¹⁸⁰ Qui plus est, l'organisme a observé que plusieurs Länder (états) n'avaient pas promulgué les ordonnances requises pour autoriser les SCS en raison d'oppositions politiques ou idéologiques. Comme le note le Deutsche AIDS Hilfe, le régime actuel rend « l'implantation de salles de consommation de drogues (...) tributaire de la volonté politique de chacun des gouvernements des Länder ». Les objectifs locaux de santé ne peuvent être atteints sans soutien au niveau des Länder.¹⁸¹ En date d'aujourd'hui, il y a 24 SCS répartis entre 15 villes en activité en Allemagne.¹⁸² En 2014, l'Allemagne était réputée pour avoir les critères d'admission des usagers les plus strictes d'Europe.¹⁸³

En Belgique, une étude de faisabilité a identifié trois pistes au niveau juridique pour autoriser les SCS dans le pays. Les pistes recommandées incluent notamment une exemption explicite relativement aux dispositions pénales qui exposent les clients et le personnel aux risques de poursuites. Cette exemption se ferait via une réforme de la loi¹⁸⁴ ou au moyen d'un arrêté royal.¹⁸⁵ Alors que de telles mesures n'ont pas encore été prises, un établissement a néanmoins ouvert ses portes en septembre 2018; les autorités policières ont déclaré qu'elles ne prendraient pas de mesures proactives pour le fermer.¹⁸⁶

¹ Les SCS sont également appelés « sites d'injection supervisée », « salles de consommation de drogues » ou « centres d'injection médicalement supervisés », selon la juridiction et la gamme de services offerts.

² Harm Reduction International, *What is harm reduction? A position statement*, 2019.

³ D. Hedrich, *European report on drug consumption rooms*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA), 2004.

⁴ C. Porier et autres, « Supervised injection services: What has been demonstrated? A systematic literature review », *Drug Alcohol Depend.* 145C (2014) : p. 48-68; Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA), *Perspectives sur les drogues Salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités*, 2018. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2734/Drug%20consumption%20rooms_POD2017_FR.pdf.

⁵ EMCDDA 2018 (*supra* note 4). Voir aussi, E. Schatz et M. Nougier, *Drug consumption rooms. Evidence and practice*, Briefing paper, International Drug Policy Consortium (IDPC), 2012. Voir aussi, « Première en Belgique : une salle de consommation de drogue ouvre ce mercredi à Liège », *RTBF*, 5 Septembre 2018.

⁶ EMCDDA 2018, *supra* note 4; Drug Policy Alliance, *Supervised Consumption Services*, mars 2017.

⁷ EMCDDA 2018, *supra* note 4.

⁸ T. Kerr, S. Mitra, M. C. Kennedy et R. McNeil, « Supervised injection facilities in Canada: past, present, and future », *Harm Reduction Journal* 14:28 (2017), DOI 10.1186/s12954-017-0154-1.

⁹ E. Hysyka, T. Bubela et C. Wild, « Prospects for scaling-up supervised injection facilities in Canada: the role of evidence in legal and political decision-making », *Addiction* 108(3) (2013) : p. 468-76.

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

¹¹ Information disponible à www.phs.ca/project/onsite/.

¹² Un résumé de deux pages sur les résultats des recherches sur Insite est disponible à Urban Health Research Institute, BC Centre for Excellence in HIV/AIDS, *Insight into Insite*, 2010. Une vue d'ensemble plus complète sur les études de recherche (dont beaucoup des recherches citées dans ce document) est disponible à BC Centre for Excellence in HIV/AIDS, Vancouver Coastal Health and Urban Health Research Institute, *Findings from the evaluation of Vancouver's Pilot Medically Supervised Safer Injecting Facility – Insite*, révisé en 2009.

¹³ Réseau juridique canadien VIH/sida, Coalition canadienne des politiques sur les drogues, *Drug Policy and Harm Reduction*, 2015.

¹⁴ *Supra* note 10.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ Le texte de la *Loi sur le respect des collectivités*, (L.C., 2015, ch. 22) est disponible à www.laws-lois.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2015_22/page-1.html.

¹⁷ Réseau juridique canadien VIH/sida, Coalition canadienne des politiques sur les drogues, *An Injection of Reason: Critical Analysis of the Respect for Communities Act (Q&A)*, 2016.

¹⁸ Réseau juridique canadien VIH/sida, Coalition canadienne des politiques sur les drogues, Moms united and mandated to saving the lives of Drug Users, « Major Federal Parties Promise to Reform Canadian Drug Policy », communiqué de presse, Toronto, 13 octobre 2015.

¹⁹ « Dr. Peter Centre approved to operate second supervised injection site in Canada », CBC News, 15 janvier 2016.

²⁰ M. Shulman, « Health Canada gives Vancouver safe-injection site 4-year exemption », CTV News, 17 mars 2016.

²¹ Voir la nouvelle stratégie canadienne sur les drogues et autres substances de décembre 2016 à www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2016/12/nouvelle-strategie-canadienne-drogues-autres-substances.html.

²² Le texte de la *Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et apportant des modifications connexes à d'autres lois* (L.C. 2017, ch. 7) est disponible à https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2017_7/.

²³ Santé Canada, *Sites de consommation supervisée : statut des demandes*, janvier 2019. Disponible à www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/sites-consommation-supervisee/statut-demandes.html.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ R. A. Rudd et autres, « Increases in drug and opioid-involved overdose deaths—United States, 2010–2015 », *Morbidity and mortality weekly report* 65 (2016) : p. 1445–1452.

²⁶ H. Hedegaard, M. Arialdi et M. Warner, *Drug overdose deaths in the United States, 1999–2017*. NCHS Data Brief No. 329, novembre 2018.

²⁷ Gouvernement du Canada, *Aperçu des données nationales sur les méfaits et les décès liés aux opioïdes*, 12 décembre 2018. Disponible à www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/consommation-problematique-medicaments-ordonnance/opioides/donnees-surveillance-recherche/mefaits-deces.html.

²⁸ *Ibid.*

²⁹ M. Tyndall, « An emergency response to the opioid overdose crisis in Canada: a regulated opioid distribution program », *Canadian Medical Association Journal* 190(2) (2018), E35-E36.

³⁰ T. Kerr, S. Mitra, M. C. Kennedy et R. McNeil, *supra* note 8; Voir aussi, EMCDDA 2018, *supra* note 4.

³¹ Dans sa décision sur la cause « Insite », la Cour suprême du Canada a explicitement affirmé que le personnel et les clients pouvait risquer des poursuites en vertu de l'article 4 de la LRCDS : « ... sans une exemption prévue à l'art. 56, le par. 4(1) s'applique au personnel d'Insite parce que, en exploitant les lieux — c'est-à-dire en ouvrant les portes et en acceptant l'introduction de drogues interdites à l'intérieur —, le personnel responsable du centre peut être "en possession" des drogues apportées par les clients. Les drogues se trouvent au su du personnel du centre, et avec son consentement, dans un lieu qu'il contrôle ». Voir *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society, supra* note 10 au parag. 89. Selon la CSC, ni les clients ni le personnel de Insite ne devraient être réputés impliqués dans du trafic simplement parce qu'ils sont en possession, ou qu'ils tolèrent la possession, de substances désignées dans le centre. En particulier, la Cour a indiqué que les clients « (...) ne se procurent pas leurs drogues au centre et n'ont pas le droit de se livrer, dans l'enceinte du centre, à des activités qui pourraient être interprétées comme du trafic » (au parag. 95). Cela pourrait être différent pour les SCS qui autorisent l'assistance à l'injection et le partage de drogues entre clients.

³² Aujourd'hui, le texte l'article 56 se lit comme suit: 56 (1) S'il estime que des raisons d'intérêt public, notamment des raisons médicales ou scientifiques, le justifient, le ministre peut, aux conditions qu'il estime nécessaires, soustraire à l'application de tout ou partie de la présente loi ou de ses règlements toute personne ou catégorie de personnes, ou toute substance désignée ou tout précurseur, ou toute catégorie de ceux-ci. (2) Le ministre ne peut se prévaloir du paragraphe (1) pour accorder une exemption pour raisons médicales qui aurait pour effet de permettre l'exercice d'activités dans un site de consommation supervisée relativement à une substance désignée ou à un précurseur obtenus d'une manière non autorisée sous le régime de la présente loi. Voir *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, L.C. 1996, ch. 19, art. 56 à <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-38.8/index.html>.

³³ Santé Canada, *Application for an exemption under section 56 of the Controlled Drugs and Substances Act for a scientific purpose for a pilot supervised injection site research project. Interim guidance document*. Drug Strategy and Controlled Substances Program. Healthy Environments and Consumer Safety.

³⁴ T. Kerr, S. Mitra, M. C. Kennedy et R. McNeil, « Supervised injection facilities in Canada: past, present, and future », *supra* note 8.

³⁵ *Ibid.*

³⁶ E. Hysyka, T. Bubela et C. Wild, « Prospects for scaling-up supervised injection facilities in Canada: the role of evidence in legal and political decision-making », *supra* note 9.

³⁷ Institut National de santé publique du Québec, *Aviz sur la pertinence des services d'injection supervisée, analyse critique de la littérature*, juin 2009, p. 10.

³⁸ British Columbia Supreme Court, 2008 BCSC 661, 85 B.C.L.R. (4th) 89. La décision fut portée en appel en vertu du principe de l'exclusivité des compétences (c.-à-d. que Insite était un établissement de soins de santé relevant exclusivement de la province). *PHS Community Services Society c. Canada (Procureur général)*, 2010 BCCA 15.

³⁹ *Supra* note 10, au parag. 81.

⁴⁰ Voir Santé Canada document d'orientation pour une demande d'exemption en date de mai 2018 et disponible à www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/sites-consommation-supervisee/demande.html.

⁴¹ *Supra* note 10, au parag. 156.

⁴² *Ibid.*, au parag. 133.

⁴³ *Ibid.*, au parag. 128.

⁴⁴ *Ibid.*, au parag. 113.

⁴⁵ *Ibid.*, au parag. 152.

⁴⁶ *Ibid.*, au parag. 153.

⁴⁷ E. Hysyka, T. Bubela et C. Wild « Prospects for scaling-up supervised injection facilities in Canada: the role of evidence in legal and political decision-making », *supra* note 9.

⁴⁸ Voir articles 56 (2), 56.1 (2) et (3) de la LRCDS (Versions des articles 56 et 56.1 valides du 30-06-2015 au 17-05-2017). Le texte est disponible à <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-38.8/section-56-20150630.html> et <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-38.8/section-56.1-20150630.html>.

- ⁴⁹ Voir l'article 55(z)(1.1) de la LRCDAS (Version de l'article 55 valide du 30-06-2015 au 17-05-2017). Le texte est disponible à <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-38.8/section-55-20150630.html>.
- ⁵⁰ Article 56.1(3) de la LRCDAS (Versions de l'article 56.1 valide du 30-06-2015 au 17-05-2017).
- ⁵¹ Voir Réseau juridique canadien VIH/sida, *supra* note 17.
- ⁵² Article 56.1(5) de la LRCDAS (Version de l'article 56.1 valide du 30-06-2015 au 17-05-2017).
- ⁵³ *Ibid.*
- ⁵⁴ Réseau juridique canadien VIH/sida, Coalition canadienne des politiques sur les drogues, Moms united and mandated to saving the lives of Drug Users, *supra* note 18.
- ⁵⁵ Réseau juridique canadien VIH/sida, Coalition canadienne des politiques sur les drogues, *Respect for Communities Act : The Case for Repeal*, Novembre 2016.
- ⁵⁶ À noter, la *Loi sur le respect des collectivités* donnait dans l'article 56.1 une définition large des « sites de consommation supervisée » qui recouvrait une vaste gamme de SCS. Ce n'est plus le cas sous la législation actuelle qui ne donne plus de définition des « sites de consommation supervisée ». Voir l'article 56.1 (1) (version de l'article 56.1 valide du 30-06-2015 au 17-05-2017) : « site de consommation supervisée : endroit prévu dans les conditions fixées par le ministre dans une exemption, accordée en vertu du paragraphe (2) pour des raisons médicales, qui permet aux personnes ou catégories de personnes décrites dans l'exemption d'exercer, dans un environnement contrôlé et supervisé, certaines activités relativement à des substances illicites. »
- ⁵⁷ *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, L.C. 1996, ch. 19, art. 56.1 (2).
- ⁵⁸ Réseau juridique canadien VIH/sida, *Saving Lives, Protecting Health: Strengthening Bill C-37 to expand and expedite access to supervised consumption sites*, mémoire présenté à la Commission permanente de la santé de la Chambre des communes, 6 février 2017; PIVOT, *Brief to the Standing Committee on Health on Bill C-37: An Act to amend the Controlled Drugs and Substances Act and to make related amendments to other Acts*, 6 février 2017; Association médicale canadienne, *CMA Submission to the study of Bill C-37 An Act to amend the Controlled Drugs and Substances Act and to make related amendments to other Acts*, mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles, 6 avril 2017; Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Bill C-37 : An act to amend the Controlled Drugs and Substances Act and to make related amendments to other Acts*, mémoire à l'attention du Comité permanent des affaires juridiques et constitutionnelles, mars 2017.
- ⁵⁹ *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, L.C. 1996, ch. 19, art. 56.1 (5).
- ⁶⁰ Réseau juridique canadien VIH/sida, *supra* note 58; PIVOT, *supra* note 58; Association médicale canadienne, *supra* note 58; Association des infirmières et infirmiers du Canada, *supra* note 58.
- ⁶¹ *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, L.C. 1996, ch. 19, art. 56 (2).
- ⁶² *Supra* note 10, au parag. 113.
- ⁶³ Les SPS furent mis en place par la Toronto Overdose Prevention Society et Overdose Prevention Ottawa.
- ⁶⁴ Province de Colombie-Britannique, *Order of the Minister of Health, Ministerial Order No. M 488*, 9 décembre 2016.
- ⁶⁵ Pour des informations sur les SPS, voir le site web du gouvernement de Colombie-Britannique à www2.gov.bc.ca/gov/content/overdose/what-you-need-to-know/overdose-prevention.
- ⁶⁶ Santé Canada, *Statement from the Minister of Health Regarding the Opioid Crisis*, Ottawa, 7 décembre 2017.
- ⁶⁷ Communication personnelle avec Santé Canada.
- ⁶⁸ Ministère de la Santé et des Soins de Longue durée de l'Ontario. Service de la population et de la santé publique, *Overdose Prevention Sites: User Guide for Applicants*, janvier 2018.
- ⁶⁹ Service de santé de l'Alberta, *Overdose Prevention Site and Supervised Consumption Services in Red Deer FAQ*, 13 septembre 2018. Disponible à www.albertahealthservices.ca/assets/healthinfo/mh/hi-amh-supervised-consumption-reddeer-faq.pdf.
- ⁷⁰ Ministère de la Santé et des Soins de Longue durée de l'Ontario. Service de la population et de la santé publique, *supra* note 68.
- ⁷¹ Overdose Prevention Ottawa, « *We don't have a space to go* »: *Neglect of Safer Inhalation Services in Ottawa*, 1er février 2018. Disponible à <https://overdosepreventionottawa.files.wordpress.com/2018/02/opo-statement-on-need-for-safer-inhalation.pdf>.
- ⁷² F. Merali, « PCs 'playing politics with people's lives' on injection sites, drug policy expert warns », CBC News, 4 août 2018.
- ⁷³ K. Bueckert, « Ontario puts new overdose prevention sites approvals on hold », CBC News, 11 août 2018.
- ⁷⁴ Réseau juridique canadien VIH/sida, *Support life-saving supervised consumption and overdose prevention sites. Open letter to Premier Doug Ford and Health Minister Christine Elliott*, 31 août 2018.
- ⁷⁵ Ministère de la Santé et des Soins de Longue durée de l'Ontario, *Document d'information : Examen des sites de consommation supervisée et de prévention des surdoses*, conclusions clés, 22 octobre 2018. Disponible à <https://news.ontario.ca/mohltc/fr/2018/10/examen-des-sites-de-consommation-supervisee-et-de-prevention-des-surdoses---conclusions-les.html>; Ministère de la Santé et des Soins de Longue durée de l'Ontario, *Guide de présentations d'une demande au site de services de consommation et de traitement*, octobre 2018. Par exemple, en vertu du nouveau modèle, un site doit comporter plusieurs pièces séparées de tailles spécifiques, une station de lavage de pieds et des systèmes de ventilation sophistiqués. Or, la plupart des organismes ont ouvert leur SPS dans des locaux inutilisés qu'ils avaient à leur disposition, en ayant recours à des structures très simples. Le nouveau modèle nécessitera beaucoup d'espace, ce que les organismes n'ont pas, et de coûteuses rénovations. De plus, le nouveau modèle précise qu'une préférence sera accordée aux sites ouverts 7 jours par semaine et qu'un professionnel de la santé désigné doit être présent en tout temps alors que les organismes pourraient ne pas avoir les ressources ou la capacité d'embaucher du personnel infirmier.
- ⁷⁶ Ministère de la Santé et des Soins de Longue durée de l'Ontario, *Guide de présentations d'une demande au site de services de consommation et de traitement*, octobre 2018.
- ⁷⁷ Santé Canada, *Formulaire de demande Exemption de l'application de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances pour des raisons médicales en vertu de l'article 56.1 relativement à des activités dans un site de consommation supervisée*, novembre 2018. Disponible à www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/substance-abuse/supervised-consumption-sites/apply/prsenter-une-demande.pdf.
- ⁷⁸ La majorité des SCS des Pays-Bas offre des services d'inhalation. Il y a aussi certains établissements en Allemagne, en Suisse, en Espagne et au Danemark. Voir : V. Belackova, A. M. Salmon, E. Schatz et M. Jauncey, « Online census of Drug Consumption Rooms (DCRs) as a setting to address HCV: current practice and future capacity », *International Network of Drug Consumption Rooms, Correlation Network/Uniting Medically Supervised Injecting Centre*, 2018. Voir aussi : S. Woods, « Drug consumption rooms in Europe: Organizational overview », *European Harm Reduction Network*, 2014. Disponible à www.aidsilf.de.
- ⁷⁹ Ministère de la Santé et des Soins de Longue durée de l'Ontario, *supra* note 76.
- ⁸⁰ S. Dhillon, « Insite's next battle: supervised inhalation », *The Globe and Mail*, 14 mai 2011.
- ⁸¹ R. McNeil, T. Kerr, H. Lampkin et W. Small, « "We need somewhere to smoke crack": An ethnographic study of an unsanctioned safer smoking room in Vancouver, Canada », *International Journal of Drug Policy*, 26,7 (2015) : p. 645-652.
- ⁸² Overdose Prevention Ottawa, *supra* note 71.
- ⁸³ T. Lupick, « B.C.'s only supervised-inhalation site for drug users pressured to move out of its home in the Downtown Eastside », *The Georgia Straight*, 28 novembre 2018.
- ⁸⁴ The Dr. Peter AIDS Foundation, « *Building capacity of community-based organizations across Canada to provide supervised injection services for people who use drugs: Project description* », 2018. Information obtenue directement de la part du Dr. Peter Centre.
- ⁸⁵ The Dr. Peter Centre, « *Guidance on community consultation and engagement related to implementation of supervised consumption services* », 2017.
- ⁸⁶ Santé Montréal, « *Service d'injection supervisé* ». Disponible à <https://santemontreal.qc.ca/sis/>.
- ⁸⁷ E. Hyskka, T. Bubela et C. Wild, *supra* note 9.
- ⁸⁸ À partir d'une communication personnelle avec Maxine Davis.
- ⁸⁹ *Ibid.*
- ⁹⁰ T. Kerr, S. Mitra, M. C. Kennedy et R. McNeil, *supra* note 8.
- ⁹¹ Voir Santé Canada document d'orientation pour une demande d'exemption en date de mai 2018 et disponible à www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/sites-consommation-supervisee/demande.html.
- ⁹² Ministère de la Santé et des Soins de Longue durée de l'Ontario, *Document d'information Examen des sites de consommation supervisée et de prévention des surdoses; conclusions clés*, 22 octobre 2018. Disponible à <https://news.ontario.ca/mohltc/fr/2018/10/examen-des-sites-de-consommation-supervisee-et-de-prevention-des-surdoses---conclusions-les.html>.
- ⁹³ Par exemple, les agences locales de santé publique sont en charge de soumettre les projets de SCS au ministère québécois de la Santé pour approbation. Voir Ministère de la santé et des services sociaux, *Balises pour les établissements de santé et de services sociaux et les organismes communautaires désirant offrir des services d'injection supervisée aux personnes qui font usage de drogues par injection*, 2013.
- ⁹⁴ La ville de Red Deer, *Planning options for supervised consumption services : administrative report*, 1er décembre 2017. Disponible à <http://meeting.reddeer.ca/cache/2/ctraxrdh10bejjcd3q2fp/20231008172018124749581.PDF>.

- 95 J. Chianello, « Safe injection sites have come to Ottawa despite politicians, not because of them », CBC News, 26 septembre 2017. Voir aussi Kerr, Mitra, Kennedy et McNeil, *supra* note 8; Réseau juridique canadien VIH/sida et Pivot Legal Society, *Good Samaritans vs. bureaucrats: which side are you on?*, 2017.
- 96 K. Pacey et C. Shane, *Submission on Bill C-37: Pivot Legal Society*, 6 février 2017; Association des infirmières et infirmiers du Canada, *supra* note 58; Association médicale canadienne, *supra* note 58.
- 97 Santé Canada, *Formulaire de demande Exemption de l'application de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances pour des raisons médicales en vertu de l'article 56.1 relativement à des activités dans un site de consommation supervisée*, 16 mai, 2017.
- 98 Association médicale canadienne, *supra* note 58.
- 99 Santé Canada, *supra* note 77.
- 100 Par exemple : E. Wood, M. W. Tyndall, C. Lai, J. S. Montaner et T. Kerr, « Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 1(13) (2006); C. Potier et autres, *supra* note 4.
- 101 Par exemple : M. C. Kennedy, M. Karamouzian et T. Kerr, « Public health and public order outcomes associated with supervised drug consumption facilities: a systematic review », *Current HIV/AIDS Reports*, 14(5) (2017); A.J. Myer et L. Belisle, « Highs and Lows: An Interrupted Time-Series Evaluation of the Impact of North America's Only Supervised Injection Facility on Crime », *Journal of Drug Issues*, 48(1) (2018).
- 102 Association des infirmières et infirmiers du Canada, *supra* note 58.
- 103 Santé Canada, *Loi sur le respect des collectivités L.C. 2015, ch. 22* sanctionnée le 18-06-2015. Disponible à https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2015_22/page-1.html.
- 104 Santé Canada, « *Présenter une demande pour exploiter un site de consommation supervisée : Ce qu'il vous faut avant de commencer* », 2018. Disponible à www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/sites-consommation-supervisee/demande/avant-de-commencer.html.
- 105 Santé Canada, *supra* note 77.
- 106 Voir article 56.1 (3) de la LRCIDAS (Version de l'article 56.1 valide du 30-06-2015 au 17-05-2017). Disponible à <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-38.8/section-56.1-20150630.html>.
- 107 Santé Canada, *supra* note 104.
- 108 Voir par exemple, les lettres d'exemption de Santé Canada pour George Spade, Boyle McCauley et Boyle Street à <https://crismprairies.ca/amsise/>.
- 109 Santé Canada, « Site de consommation supervisée : document d'orientation », novembre 2018. Disponible à www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/sites-consommation-supervisee/demande.html.
- 110 Ministère de la Santé et des Soins de Longue durée de l'Ontario, *supra* note 76.
- 111 Communication personnelle avec Pivot Legal Society.
- 112 Voir article 56.1 (1) de la LRCIDAS, Loi sur le respect des collectivités sanctionnée le 18-06-2015. Disponible à https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2015_22/page-1.html.
- 113 Santé Canada, *supra* note 77.
- 114 *Ibid.*
- 115 Communication personnelle avec Pivot Legal Society.
- 116 Communication personnelle avec Pivot Legal Society.
- 117 Par exemple : P. Parsons, « Chinatown business association asks court to overturn safe injection site approvals », *Edmonton Journal*, 23 novembre 2017. Voir aussi : S. Kornik et C. Ramsay, « Court hearing on Chinatown's request to close Edmonton supervised consumption sites », *Global News*, 10 décembre 2018.
- 118 Communication personnelle avec Pivot Legal Society.
- 119 Les exemptions sont disponibles à <https://crismprairies.ca/amsise/>.
- 120 B. Fischer et autres, « Effectiveness of secondary prevention and treatment interventions for crack-cocaine abuse: A comprehensive narrative overview of English-language studies », *International Journal of Drug Policy*, 26, 4, (2015) : p. 352-363; S. A. Strathdee et J. R. Navarro, « Commentary on Salmon et al. (2010) : the case for safer inhalation facilities—waiting to inhale », *Addiction*, 105, 4, (2010) : p. 684-685.
- 121 R. Pearhouse et R. Elliott, *A Helping Hand: Legal Issues Related to Assisted Injection at Supervised Injection Facilities*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2007; M. Gagnon, « It is time to allow assisted injection in supervised injection sites », *CMAJ*, 189, (2017): p. E1083-4.
- 122 Tel qu'il est précisé dans la lettre d'exemption de Santé Canada à SRCHC, le projet pilote pour l'injection fournit une exemption en vertu de l'article 56.1 de la LRCIDAS. Tous les membres du personnel sont exemptés de l'application du paragraphe 4.1 tant qu'ils sont dans l'enceinte du SCS relativement à « toute substance illicite possédée par un pair ou abandonnée par un pair à l'intérieur du site, tant que cette possession est destinée à remplir leurs fonctions et leurs devoirs en relation avec le fonctionnement du site. » Un « pair » se définit comme suit : un individu qui n'est pas la personne responsable (PR) ni la personne responsable adjointe (PRA); il n'est pas non plus un membre du personnel (de base ou personne clé). Cet individu est identifié par un client comme étant sur le site pour lui apporter une assistance entre pairs. Les pairs sont exemptés, tant qu'ils sont sur le site, des dispositions de la LRCIDAS et de ses règles concernant les substances illicites, si la possession, la production, le transfert ou l'administration sont dans le but de fournir une assistance entre pairs : paragraphes 4(1), 5(2) et 7(1) de la LRCIDAS; paragraphe 8(1) du *Règlement sur les stupéfiants* (RSS); paragraphe G.02.001 du *Règlement sur les aliments et drogues* (RSAD); paragraphe J.01.003 du RSAD; et paragraphe 6(1) du *Règlement sur les précurseurs* (RSP). Les clients sont exemptés, tant qu'ils sont sur le site, des dispositions suivantes de la LRCIDAS et de ses règles concernant les substances illicites, si le transfert est dans le but de fournir une assistance entre pairs : paragraphes 5(1) et 5(2) et 7(1) de la LRCIDAS; paragraphe 8(1) du RSS; paragraphe G.02.001 du RSAD; paragraphe J.01.003 du RSAD; et paragraphe 6(1) du RSP.
- 123 Communication personnelle avec l'interlocuteur.
- 124 Ministère de la Santé et des Soins de Longue durée de l'Ontario, *supra* note 68. À noter, l'injection assistée n'est pas interdite selon les textes du nouveau modèle de Services de consommation et de traitement. Ministère de la Santé et des Soins de Longue durée de l'Ontario, *supra* note 76.
- 125 Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, *Implementing Supervised Injection Services: Best Practices Guidelines*, février 2018.
- 126 K. Freeman, C. G. Jones, et autres, « The impact of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSCI) on crime », *Drug Alcohol Rev.* 2005 Mar; 24(2) : 173-84.
- 127 Ontario HIV Treatment Network, « Rapid response: What is the effectiveness of supervised injection services? » mai 2014. Disponible à www.ohtn.on.ca/Pages/Knowledge-Exchange/Rapid-Responses/Documents/RR83-Supervised-Injection-Effectiveness.pdf.
- 128 Information disponible à www.emcdda.europa.eu; Voir aussi Transform, « Heroin-assisted treatment in Switzerland: successfully regulating the supply and use of a high-risk injectable drug », 2017. Disponible à <https://transformdrugs.org/heroin-assisted-treatment-in-switzerland-successfully-regulating-the-supply-and-use-of-a-high-risk-injectable-drug/>.
- 129 E. Oviedo-Joekes et autres, « The North American Opiate Medication Initiative (NAOMI): profile of participants in North America's first trial of heroin-assisted treatment », *Journal of Urban Health*, 85, 6, (2008) : p. 812-825.
- 130 Pivot Legal Society, « The case for heroin-assisted treatment in Canada », 2017.
- 131 E. Oviedo-Joekes et autres, « The SALOME study: recruitment experiences in a clinical trial offering injectable diacetylmorphine and hydromorphone for opioid dependency », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10, 1, (2015) : p. 3.
- 132 Voir www.providencehealthcare.org/hospitals-residences/providence-crosstown-clinic.
- 133 Santé Canada, « L'honorable Ginette Petitpas Taylor, ministre de la Santé, annonce de nouvelles mesures pour réduire les obstacles au traitement et 231 M\$ pour lutter contre la crise des opioïdes », 2018. Voir aussi K. Duggan, « Health Canada speeding access to prescription heroin, methadone », *iPolitics*, 2018.
- 134 S. Lunn, « Front-line workers give drug users 'clean drugs' to battle spike in opioid overdoses », CBC News, 26 octobre 2017.
- 135 K. Gerein, « Alberta approves pilot programs for injectable opioid therapy », *Edmonton Journal*, 3 novembre 2017.
- 136 M. Tyndall, « An emergency response to the opioid overdose crisis in Canada: a regulated opioid distribution program », *Canadian Medical Association Journal*, 190, 2, (2018) : p. E35-E36.
- 137 *Ibid.*
- 138 Voir aussi A. Scheim et D. Werb, « Integrating supervised consumption into a continuum of care for people who use drugs », *CMAJ*, 190, 31, (2018) : p. E921-E922.
- 139 Selon FEMCDDA (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies), « il y a trois types de salles de consommation de drogues effectifs en Europe : le modèle global, le modèle spécialisé et les structures mobiles. La vaste majorité des salles de consommation sont des centres de type global et à bas seuil. » Voir Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA), *supra* note 4.

- 140 Communication personnelle avec Pivot Legal Society.
- 141 Gouvernement du Canada, *Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes 2018*. Disponible à www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/rapport-national-deces-apparemment-lies-consommation-opioïdes-publique-mars-2018.html.
- 142 Gouvernement du Canada, *Aperçu des données nationales sur les méfaits et les décès liés aux opioïdes*, 12 décembre 2018. Disponible à www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/consommation-problematique-medicaments-ordonnance/opioïdes/donnees-surveillance-recherche/medicaments-deces.html.
- 143 *Supra* note 10.
- 144 Voir par exemple, Commission globale de politique en matière de drogues, *Pour une véritable dépénalisation des drogues : étape nécessaire de la réforme des politiques publiques*, 2016, et J. Csete et autres, « Public health and international drug policy », *The Lancet*, The Lancet Commissions 387(10026) (2016) : p. 1427-1480.
- 145 N. Thompson, « Toronto board of health to urge federal government to decriminalize drug use », *The Globe and Mail*, 16 juillet 2018. Disponible à www.theglobeandmail.com/canada/toronto/article-toronto-board-of-health-to-consider-report-recommending-drug/; Association canadienne de santé publique, *Décriminalisation de la consommation personnelle de substances psychotropes*, octobre 2017.
- 146 Santé Canada, *Précisions concernant les sites de consommation supervisée* (mise à jour 13 août 2018). Disponible à www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/sites-consommation-supervisee/precisions.html.
- 147 *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, L.C. 1996, ch. 19, art. 55 (1.2).
- 148 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA), 2018, *supra* note 4.
- 149 *Ibid.*
- 150 Art. 1a de la *Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Loi sur les stupéfiants, LStup)*. Disponible à www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19981989/index.html.
- 151 *Ibid.*, Art. 3g.
- 152 Entrevue avec Diane Steber Buechli à l'Office fédéral de la santé publique (Suisse).
- 153 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA) 2018, *supra* note 4. Selon l'EMCDDA, certains centres en Suisse et en Espagne ont fermé, principalement en raison de la baisse de des injections d'héroïne et donc de la réduction des besoins pour de ce type de services, mais aussi pour des considérations budgétaires.
- 154 *Supra* note 152.
- 155 C. Sánchez et M. Collins, *Better to Ask Forgiveness Than Permission: Spain's Sub-national Approach to Drug Policy*. Policy brief 12, Global Drug Policy Observatory, juin 2018. La sévérité des sanctions administratives s'est accrue en 2015 lorsque le gouvernement conservateur de Mariano Rajoy a modifié la loi de 1992 suite à l'approbation d'une loi sur la « Protection de la sécurité des citoyens ». « L'immense majorité des contrevenants à la loi sur les drogues sont accusés d'infractions en lien avec la possession en vertu de la Loi sur la protection de la sécurité des citoyens. Les autres sont accusés de crimes selon le code criminel pour culture, préparation, fabrication ou trafic illicites ». Voir Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA), *Spain Country Drug Report*, 2018.
- 156 *Ibid.*
- 157 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA) 2018, *supra* note 4.
- 158 F. V. Laenen, *Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium*, 2018, p. 78 se référant à Richtlijnen opsporings-en strafvorderingsbeleid strafbare feiten Opiumwet, College van Procureur-generaal, 10 septembre, 1996, nr. 187, p. 12.
- 159 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA) 2018, *supra* note 4.
- 160 Article 41 de la *Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*. Disponible à www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=50F7B7B906D29A-F865EAC40C349BD05.tplgfr32s_1?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=20160127.
- 161 *Ibid.*, Art. 43.
- 162 Par exemple, la réglementation impose que les services soient offerts 7 jours sur 7 et qu'un personnel minimum de 2 personnes (dont un infirmier/une infirmière) soit présent en tout temps. L'accès au site est limité aux personnes qui utilisent des drogues injectables, même si les SCS peuvent aussi fournir des services d'inhalation. La réglementation fixe les conditions relatives à l'organisation du site et décrit les différents services qui peuvent être offerts sur le site (allant du dépistage VIH aux soins médicaux et aux services sociaux) Elle interdit certaines activités sur le site telles que le partage de drogues, et elle ne permet pas aux pairs de participer à la mission de supervision des injections. *Arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, autrement appelés « salles de consommation à moindre risque »*. Disponible à www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/3/22/AFSP1601434A/jo.
- 163 Article 43 de la *Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*.
- 164 *Arrêté du 25 mars 2016 portant désignation du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues Gaïa pour la mise en place d'un espace de réduction des risques par usage supervisé à Paris*.
- 165 *Arrêté du 25 mars 2016 portant désignation du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues Ithaque pour la mise en place d'un espace de réduction des risques par usage supervisé à Strasbourg*.
- 166 Article 2 du *Misuse of Drugs (Supervised Injecting Facilities) Act 2017*. Disponible à <https://data.oireachtas.ie/ie/oireachtas/act/2017/7/eng/enacted/a0717.pdf>.
- 167 *Ibid.*, section 3.
- 168 *Ibid.*, section 10.
- 169 « Planned supervised injection centre may not open in 2019, new Merchants Quay CEO says », *thejournal.ie*, 15 décembre 2018.
- 170 *Loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie*. Disponible à <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2001/04/27/n1/jo>.
- 171 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA), 2018, *supra* note 4. Voir aussi, « Luxembourg : derrière la prospérité, la salle de shoot », *Lobs*, 7 mai 2018.
- 172 Au Portugal, le fondement légal pour les mesures de réduction des méfaits est la Loi-Décret no.183/2001 du 21 juin 2001. Le décret comprend une série de conditions à respecter par les programmes de SCS. Le décret est disponible à www.emcdda.europa.eu/topics/law/drug-law-texts?pluginMethod=eldd.showlegalextdetail&id=2404&clang=en&T=2#c10.
- 173 A. Khalip, « Once a model, crisis imperils Portugal's drug program », Reuters, 13 août 2012.
- 174 Voir information disponible sur le site du SICAD à www.sicad.pt/PT/Intervencao/RRMDMais/SitePages/autorizacao.aspx.
- 175 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA), *Portugal Country Report*, 2018. Disponible à www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/portugal/national-drug-strategy-and-coordination_en.
- 176 Ximene Rego, APDES, « Portuguese Harm Reduction Under Scrutiny », *Drug Reporter*, 3 septembre 2018; « Drogues : lancement de salles de consommation à moindre risque (SCMR) à Lisbonne (Portugal) », Coalition Plus, 14 janvier 2018.
- 177 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA) 2018, *supra* note 4.
- 178 Article 10a 1), *Act to regulate the traffic in narcotics (Narcotics Act) 1981*. Disponible à www.emcdda.europa.eu/topics/law/drug-law-texts?pluginMethod=eldd.showlegalextdetail&id=677&clang=en&T=2.
- 179 *Ibid.*, section 10a(2) : Les gouvernements des Länder sont autorisés à réglementer les conditions d'octroi d'une licence conformément au paragraphe 1 par ordonnance. Les dispositions doivent notamment réglementer les normes minimales suivantes en matière de sécurité et de contrôle de l'usage de stupéfiants dans les locaux de consommation :
1. Équipement approprié des locaux destinés à servir de salle de consommation de drogue.
 2. Moyens d'assurer des soins médicaux d'urgence prêts à être utilisés immédiatement.
 3. Conseils et assistance médicaux dans le but de réduire les risques liés à l'utilisation de stupéfiants apportés par les personnes utilisatrices.
 4. Mise en relation avec des services de suivi, de conseil orientés vers l'abstinence et de soins.
 5. Mesures destinées à prévenir la survenance d'infractions à la présente loi dans les salles de consommation (à l'exception de la possession de stupéfiants conformément à l'article 29, paragraphe 1, phrase 1, paragraphe 3, pour utilisation personnelle en petites quantités).
 6. Nécessité d'assurer une certaine coopération avec les autorités locales en charge de la sécurité publique et de l'ordre afin de prévenir, dans la mesure du possible, les crimes commis à proximité immédiate des salles de consommation.
 7. Définition précise des groupes de populations autorisés à utiliser les salles de consommation, en particulier en ce qui concerne leur âge, le type de stupéfiants qu'ils apportent et les modes de consommation acceptés. Les primo-consommateurs évidents ou les occasionnels ne doivent pas avoir accès au site.
 8. Renseignements et évaluations du travail effectué dans les salles de consommation.

9. Présence permanente d'un nombre suffisant de membres du personnel personnellement fiables et professionnellement formés pour répondre aux exigences énoncées aux points 1 à 7.

10. Nomination d'une personne compétente qui sera responsable du respect des exigences énoncées aux points 1 à 9, des obligations fixées par l'autorité en charge de la délivrance des autorisations et des instructions de l'autorité de surveillance (personne responsable) et qui est en mesure de remplir ses obligations en tout temps.

¹⁸⁰ Deutsche AIDS-Hilfe, *Drug Consumption Rooms in Germany. A Situational Assessment by the AK Konsumraum*, 2011, p. 9.

¹⁸¹ *Ibid.*, p. 10.

¹⁸² Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA) 2018, *supra* note 4.

¹⁸³ European Harm Reduction Network, *Drug consumption rooms in Europe Models, best practice and challenges*, 2014.

¹⁸⁴ Un arrêté royal établirait les conditions et les modalités d'applicabilité de l'exception prévue dans la loi principale. Voir F. V. Laenen, *supra* note 158, p. 87.

¹⁸⁵ Cette option serait de modifier la portée de la loi interdisant la facilitation par le biais d'un arrêté royal afin d'offrir un degré de protection suffisant contre les poursuites en justice. Les SCS répondant à certains critères et certaines modalités fixés par l'arrêté royal pourraient être considérés comme des mesures spécifiques de réduction des méfaits destinées à promouvoir la santé des utilisateurs, ce qui justifierait une exception quant à l'application de l'infraction de facilitation présente dans la législation actuelle. F. V. Laenen, *supra* note 158, p. 87-88.

¹⁸⁶ « Première en Belgique : une salle de consommation de drogue ouvre ce mercredi à Liège », RTBF, 5 septembre 2018.

AUTEURES ET AUTRES COLLABORATEURS :

Ce rapport a été écrit par Annie Foreman-Mackey et Cécile Kazatchkine, avec la collaboration de Richard Elliott et de Sandra Ka Hon Chu.

Un grand merci à Lorraine Barnaby, à Maxine Davis, à la Dre Elaine Hyshka et à Sandhia Vadlamudy, qui ont fait partie du comité consultatif, et à toutes les personnes qui ont participé à nos entrevues ou commenté des versions précédentes du document. Ce travail n'aurait pas été possible sans ces personnes et nous leur sommes très reconnaissantes de leur temps et de leurs contributions.

Les auteures remercient également Megan Long et l'équipe des communications du Réseau juridique canadien VIH/sida, pour leur travail de révision; et Ryan White R.G.D. pour la mise en page du document.

Merci aussi à Vincent Feminis et Stéphanie Claivaz-Loranger pour la traduction de ce rapport en français.

La production de ce document a été possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les points de vue qui y sont exprimés ne représentent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

À PROPOS DU RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA

Le Réseau juridique canadien VIH/sida fait valoir les droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida ou qui sont vulnérables à celui-ci, au Canada et dans le monde; il le fait par ses recherches et analyses ainsi que par son travail d'éducation et de mobilisation communautaire. Le Réseau juridique est un des organismes-chefs de file, à l'échelle mondiale, dans la réponse aux enjeux juridiques et de droits de la personne liés au VIH/sida.

Réseau juridique canadien VIH/sida

1240, rue Bay, bureau 600
Toronto, ON M6R 2A7

Téléphone : +1 416-595-1666
Télécopie : +1 416-595-0094
Courriel : info@aidslaw.ca

www.aidslaw.ca



THEY
WALK



Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network | Réseau
juridique
canadien
VIH/sida

1240, rue Bay, bureau 600 | Toronto, ON M6R 2A7
Téléphone : +1 416-595-1666 | Télécopie : +1 416-595-0094 | Courriel : info@aidslaw.ca | www.aidslaw.ca