

Le genre est à prendre en compte :

les femmes,
les personnes de
genres divers et
l'accès à la
réduction des
méfaits au Canada





Contexte

Il existe des différences marquées entre les hommes, les femmes et les personnes de diverses identités de genre, en ce qui a trait à la consommation de drogues et à la manière dont les lois et les politiques les affectent. Les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des drogues sont touchées différemment des hommes par la stigmatisation, le colonialisme, le racisme, l'homophobie, la transphobie, la pauvreté, l'insécurité du logement et la violence. Les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des drogues peuvent également avoir des besoins spécifiques concernant la grossesse et leur rôle de parent, et sont confrontées à des problèmes de santé mentale uniques. Cependant, leurs besoins et leur accès aux services de santé, y compris en matière de réduction des méfaits, ne sont pas suffisamment pris en compte. Cela est particulièrement le cas pour les personnes de genres divers qui consomment des drogues, à propos desquelles le manque de données est inquiétant. En conséquence, ces personnes rencontrent des obstacles supplémentaires à l'accès à des services de réduction des méfaits et à d'autres services de santé, et ont un risque accru d'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC), d'autres méfaits liés à l'injection, de même que de surdose et de décès.

Le VIH, le VHC et les surdoses

Le VIH touche de manière disproportionnée les femmes qui consomment des drogues au Canada. En 2016, la proportion des cas déclarés de VIH attribuables à la consommation de drogues par injection, parmi les filles et les femmes de 15 ans et plus, au Canada, était de 27,3 % comparativement à 10,9 % chez les garçons et les hommes.¹ Dans une étude nationale auprès de personnes qui s'injectent des drogues, 68 % des femmes étaient séropositives au VHC (sans différence significative de prévalence entre les participants s'identifiant comme hommes et comme femmes).² À l'international, des études ont révélé que les femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes (FSF) et qui s'injectent des drogues présentent des taux de VIH plus élevés que les autres femmes qui s'injectent des drogues, et ont des pratiques d'injection plus risquées. Des données indiquent également que les personnes qui vendent des services sexuels et consomment des drogues ont un risque accru de contracter le VIH et une hépatite virale, et que les travailleuse(-ur)s du sexe qui s'injectent des drogues sont plus susceptibles de louer, d'emprunter et de réutiliser du matériel d'injection. Les femmes qui s'injectent des drogues sont généralement plus susceptibles que leurs homologues masculins de déclarer s'injecter avec du matériel usagé (aiguilles et autres instruments). Certaines femmes ont leur première expérience d'injection de drogue avec un partenaire sexuel qui leur fournit à la fois la drogue et le matériel, et qui leur fait les injections. Elles sont donc plus exposées au risque de contracter le VIH et le VHC, car elles sont les dernières dans le processus de division et d'injection de la drogue et sont plus susceptibles d'utiliser une solution de drogue provenant d'un instrument qui a peut-être déjà été utilisé par d'autres personnes. Même à plus long terme, les femmes qui s'injectent des drogues sont plus susceptibles de dépendre de l'aide d'un partenaire sexuel pour obtenir des drogues et se les injecter, ce qui augmente leur risque d'infection (parce qu'elles sont « deuxièmes sur l'aiguille ») ainsi que leurs risques de surdose (parce qu'elles n'ont pas de contrôle sur la dose qu'elles reçoivent) et de violence.

Nous reconnaissons les différences d'accès aux mesures de réduction des méfaits, entre les hommes, les femmes et les personnes de genres divers, et nous signalerons ces distinctions dans la mesure où la recherche sous-jacente en établit. Malheureusement, la majorité des recherches publiées et consultées ne font de distinction qu'entre « hommes » et « femmes »; ces distinctions limitées sont par conséquent reflétées tout au long du rapport.

En 2019, les femmes représentaient environ 25 % des décès accidentels apparemment liés aux opioïdes au Canada.³ Les femmes autochtones sont particulièrement touchées.⁴ Comme l'a conclu l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées :

« La surreprésentation des Autochtones parmi les personnes victimes de surdose mortelle ou non mortelle d'opioïdes constitue un autre phénomène récurrent qui illustre l'héritage de la violence coloniale et des traumatismes intergénérationnels qui en découlent, la marginalisation socioéconomique qui limite l'accès aux ressources favorisant la santé et le bien-être, et le racisme institutionnel qui continue de créer des obstacles à l'accès aux traitements visant à soigner non seulement les problèmes de toxicomanie, mais aussi les autres torts causés par le colonialisme et les traumatismes intergénérationnels. »⁵

La violence fondée sur le genre

La violence fondée sur le genre est un déterminant particulièrement aigu de la santé chez les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des drogues, en particulier pour celles qui vendent des services sexuels, sont autochtones ou transsexuelles et/ou ont des relations sexuelles avec des femmes. Les femmes qui consomment des drogues sont plus susceptibles que leurs homologues masculins de subir de la violence sexuelle, de la violence de la part d'un-e partenaire intime, de la violence étatique et d'autre type. Les déséquilibres de pouvoir et la menace de violence dans les relations intimes peuvent rendre difficile, pour les femmes, l'accès aux services de réduction des méfaits, l'amorce et la complétion d'un traitement de la toxicomanie (si désiré) et l'adoption de pratiques plus sécuritaires dans la consommation de drogues et les rapports sexuels. La violence de l'État, y compris celle venant des forces de l'ordre, entrave également l'accès des femmes et des personnes de genres divers aux services de réduction des méfaits. La violence fondée sur le genre a été associée à des taux plus élevés de partage de seringues, d'utilisation irrégulière de condoms et de surdoses accidentelles.

La stigmatisation, la misogynie, la violence, les traumatismes et la santé mentale

Les femmes qui consomment des drogues illégales sont depuis longtemps vilipendées comme étant plus déviantes que les hommes qui le font, ce qui alimente la réglementation des femmes, et en particulier des femmes pauvres, autochtones et racisées, en lien avec leur sexualité, leur grossesse, leur rôle de parent et leur consommation de drogues. Des études ont identifié la stigmatisation comme étant un obstacle important à l'accès aux soins de santé et au traitement de la toxicomanie chez les personnes qui consomment des drogues. Des jugements, attitudes et opinions hostiles ou antipathiques venant de professionnel·les de la santé découragent le recours aux soins. En outre, un grand nombre de recherches suggèrent que de nombreuses personnes dépendantes de drogues, en particulier des femmes, des Autochtones et des personnes racisées, prennent des drogues comme une forme d'automédication afin de traiter les symptômes d'un syndrome de stress post-traumatique et les conséquences émotionnelles et psychologiques découlant de la violence, de la pauvreté et du racisme qu'elles ont vécus. Au Canada, des femmes autochtones qui consomment des drogues ont expliqué comment les politiques et programmes coloniaux, tels que l'impact dévastateur des pensionnats, le retrait massif d'enfants autochtones de leurs familles pour les placer dans le système de protection de l'enfance, le déplacement hors des terres traditionnelles et la destruction ou l'interdiction des traditions autochtones, non seulement provoquent la violence à laquelle elles sont confrontées, mais perpétuent le traumatisme intergénérationnel et multigénérationnel qui conduit à la consommation de drogues.



Lois et politiques affectant les femmes et personnes de genres divers qui consomment des drogues

i. Lois sur les drogues

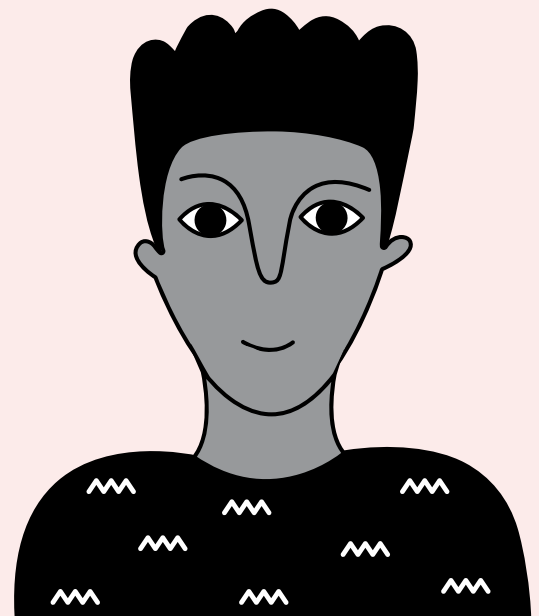
- La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCIDAS) interdit aux personnes de posséder, d'importer, d'exporter, de produire des drogues illicites et d'en faire le trafic. Les sanctions pour ces infractions varient, allant d'une amende maximale de 1000 \$ ou d'une peine d'emprisonnement de six mois (ou les deux) pour une première infraction de possession d'un cannabinoïde synthétique, à une série de peines minimales obligatoires pour le trafic qui peuvent également rendre un-e accusé-e passible d'emprisonnement à vie dans certaines circonstances.
- En vertu de la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdoses* (2017), une victime de surdose et les témoins de l'incident sont protégés contre les accusations de possession d'une substance illicite pour usage personnel (c.-à-d. « possession simple ») et les accusations de violation de conditions associées à la simple possession, lorsqu'ils demandent une aide d'urgence en cas de surdose. Mais les immunités que la loi confère ne protègent pas les personnes contre les accusations liées au trafic de drogue et d'autres accusations pénales ni contre l'intervention des services de protection de l'enfance.
- Puisque la possession non autorisée de drogues illicites est un crime, les fournisseur(-euse)s de services ont besoin d'une exemption fédérale pour fournir certains types de soins et de services à des personnes qui consomment des drogues, sans quoi ils/elles (et leurs clients) risquent d'être poursuivi-es en justice. Par exemple, il faut détenir une exemption fédérale pour fournir des services de consommation supervisée (SCS), c'est-à-dire lorsque des personnes consomment des substances illicites sous la supervision du personnel. L'exigence d'une exemption fédérale crée des obstacles supplémentaires à l'accès aux SCS.

ii. Lois sur le travail du sexe

- Les dispositions du *Code criminel* spécifiques au travail du sexe interdisent l'interférence à la circulation de véhicules ou de piétons, et de communiquer dans un lieu public à proximité d'une cour d'école, d'un terrain de jeu ou d'une garderie dans le but d'offrir ou de fournir des services sexuels.
- Les infractions du *Code criminel* spécifiques au travail du sexe interdisent également à toute personne d'acheter des services sexuels, d'en tirer un avantage matériel, de procurer des services sexuels et d'en faire la publicité, bien que les travailleuse(-eur)s du sexe bénéficient d'une immunité contre les poursuites pour la vente et la publicité de leurs propres services sexuels. Les interdictions relatives aux avantages matériels, au proxénétisme et à la publicité englobent toutes les « tierces parties », c'est-à-dire les personnes qui travaillent avec des travailleuse(-eur)s du sexe, leur fournissent des services ou s'y associent (par exemple les chauffeurs, agents de sécurité, agents de réservation, webmestres, propriétaires d'entreprises et réceptionnistes), ce qui entrave l'accès des travailleuse(-eur)s du sexe à des environnements de travail sûrs.
- Les lois sur l'immigration interdisent aux migrant-es qui n'ont pas la citoyenneté canadienne ou le statut de résident-e permanent-e d'exercer le travail du sexe, y compris aux personnes qui sont par ailleurs légalement autorisées à travailler au Canada. Le fait de pratiquer le commerce du sexe peut entraîner l'expulsion. Cette interdiction crée des défis et des obstacles spécifiques à la fourniture de soins aux travailleuse(-eur)s du sexe migrant-es.

iii. Lois sur la protection des enfants

- Les personnes qui consomment des drogues et qui sont enceintes ne peuvent pas être obligées à suivre un traitement de la toxicomanie. Un traitement forcé constituerait une violation contraire à leurs droits, comme l'a reconnu la Cour suprême du Canada dans une décision de 1996, *Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg c. G.(D.F.)*.
- Dès la naissance de l'enfant, les lois provinciales/territoriales sur la protection de l'enfance peuvent affecter les droits parentaux des femmes et des personnes de genres divers qui consomment des drogues. Bien que la plupart de ces lois et politiques ne fassent pas spécifiquement référence à la consommation de drogues comme motif d'intervention, des services de protection de l'enfance assimilent la consommation de drogues par la mère à la négligence ou la maltraitance plutôt que d'examiner si cette consommation a des répercussions sur les soins donnés par le parent ou sur le bien-être de l'enfant. En conséquence, bon nombre des familles ciblées par le système de protection de l'enfance sont affectées par la consommation de drogues. Les lois sur la protection de l'enfance et la manière dont les services sociaux et les prestataires de soins de santé les interprètent et les appliquent sont des sources majeures d'inquiétude et de crainte qui affectent le bien-être des parents et leur accès aux soins de santé. Comme l'a conclu une étude auprès de familles autochtones qui ont eu affaire au système de protection de l'enfance : « Les politiques et pratiques actuelles de la protection de l'enfance continuent d'adopter une approche individualiste qui fait abstraction des facteurs systémiques influençant la consommation de substances, comme le colonialisme continu, de même que des facteurs qui font obstacle à l'arrêt ou à la réduction de la consommation de substances, comme la criminalisation. »⁶



L'accès à la réduction des méfaits

L'accès aux services de réduction des méfaits reste très variable d'un ressort à l'autre, au Canada. Les besoins des femmes, des Autochtones, des personnes racisées ou des LGBTQ2S sont rarement abordés dans les politiques provinciales ou territoriales de réduction des méfaits, et ne sont pas bien intégrés dans la planification et la mise en œuvre des programmes en la matière. Les services sensibles au genre font défaut, de nombreux services de réduction des méfaits étant « aveugles au genre » ou plus généralement axés sur les hommes. Les services offrant des soins culturellement sûrs et adaptés aux femmes autochtones et racisées sont encore plus rares.

Violence fondée sur le genre et réduction des méfaits : point de mire sur les refuges pour femmes violentées

Bien que les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des drogues connaissent des taux élevés de violence fondée sur le genre, un certain nombre de refuges pour femmes violentées hésitent à mettre en œuvre des politiques et des pratiques pour soutenir les résidentes qui consomment des substances; et de nombreux membres du personnel de ces établissements se sentent mal équipés pour offrir du soutien en lien avec cette consommation. Certaines résidences, certains refuges et maisons de transition pour femmes violentées ont des politiques interdisant la consommation d'alcool et/ou de drogues sur place. Un certain nombre de refuges posent également des obstacles majeurs aux personnes de genres divers, notamment la compréhension limitée ou nulle des contextes et des préoccupations de ces personnes, ce qui peut se manifester par la stigmatisation, la discrimination et l'hostilité du personnel.

Il est essentiel **que les liens entre la violence et la consommation de drogues soient pris en compte dans la planification et la mise en œuvre des services de réduction des méfaits, et que ces services fournissent (ou soient reliés à) des services d'aide aux victimes de violence.** Il est tout aussi impératif **que les services qui offrent du soutien aux femmes et aux personnes de genres divers qui subissent des violences tiennent compte des besoins spécifiques des personnes qui consomment des drogues.** Des normes provinciales devraient être élaborées afin d'interdire aux refuges pour femmes violentées d'adopter des politiques fondées sur l'abstinence et de refuser l'accès aux femmes et aux personnes de genres divers qui consomment des drogues.⁷ Ces normes devraient être complétées par des conseils et des ressources sur les approches efficaces pour fournir des services aux femmes et aux personnes de genres divers qui consomment des drogues, comme les programmes de seringues et d'aiguilles, les trousseaux de naloxone sur place et la formation pour les utiliser, les programmes de distribution gérés, ou un espace sûr où les personnes pourraient stocker et récupérer leurs fournitures facilement et de façon autonome. On devrait également recruter de nouveaux effectifs et former les employées nouvelles et actuelles des refuges et des maisons

de transition, pour soutenir correctement les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des substances; et un financement supplémentaire est nécessaire pour appuyer ces efforts.

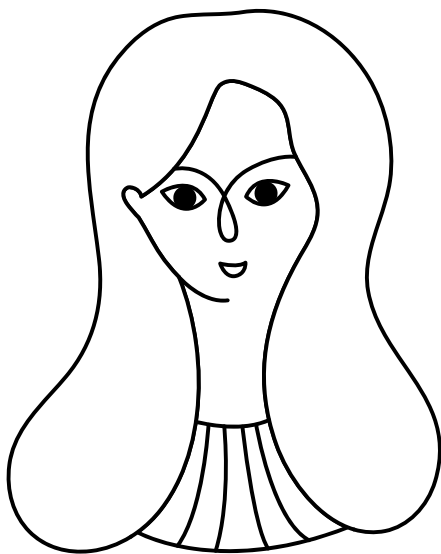
Sensibilité au genre dans les programmes de réduction des méfaits : point de mire sur les services de consommation supervisée

Les services de consommation supervisée (SCS) consistent en la fourniture d'un environnement sûr et hygiénique dans lequel il est possible de consommer des drogues avec du matériel stérile sous la supervision d'un personnel ou de bénévoles formés. Les SCS peuvent également offrir un refuge contre diverses formes de violence que les femmes et les personnes de genres divers, notamment sans abri, logées de façon vulnérable, ou autochtones, peuvent rencontrer dans la rue. Il a été constaté que les SCS perturbent des éléments de la dynamique des milieux de consommation de drogues, comme les relations de pouvoir entre les sexes, permettant aux femmes et aux personnes de genres divers d'affirmer leur autonomie dans les pratiques de consommation de drogues. Des recherches ont démontré que les opioïdes mêlés de fentanyl (la cause de la crise actuelle des surdoses au Canada) exacerbent simultanément la vulnérabilité des femmes aux surdoses et à la violence. Des études ont également fait état d'expériences de vol, de violence et de maltraitance venant de partenaires intimes et d'autres, chez des femmes, en relation avec l'injection assistée et en particulier dans les ruelles ou d'autres lieux à l'écart. L'assistance à l'injection offerte par les SCS dans un environnement hygiénique et sûr perturbe ces dynamiques, notamment la dépendance à l'égard de partenaires violents, et en atténue les conséquences néfastes.

Pour qu'un SCS soit un espace accueillant, il **est essentiel de créer un environnement sûr pour les femmes et les personnes de genres divers** en offrant des horaires ou des services réservés aux femmes, en mettant en œuvre des politiques claires interdisant les comportements inappropriés, notamment le harcèlement sexuel et les commentaires sexistes, homophobes ou transphobes, et en formant le personnel au sujet de la violence sexuelle. L'intégration de SCS dans les refuges ou les logements assistés pour femmes et personnes de genres divers qui consomment des drogues, de même que la mise en place de services mobiles pour la consommation de drogues, pourraient également faciliter l'accès aux services pour les femmes et les personnes de genres divers exposées à la violence. De même, il est extrêmement important d'avoir un personnel féminin, y compris **des femmes qui ont une expérience vécue de la consommation de drogues**, de manière à promouvoir l'accessibilité et le sentiment de sécurité des femmes. Cela contribue à une meilleure collaboration avec les SCS, facilite la mise en place de pratiques de réduction des méfaits et favorise des améliorations sociales et de santé pour les personnes qui consomment des drogues.

En conséquence, les femmes apprécient **les SCS et les services de prévention des surdoses (SPS) à bas seuil**; et les femmes autochtones et plus marginalisées ont indiqué se sentir plus à l'aise dans un environnement non médical dirigé par des personnes ayant une expérience vécue de la consommation de drogues. Des recherches menées au Canada ont démontré que les SCS à bas seuil améliorent l'accès des femmes en accommodant des pratiques de consommation de drogues qui ne sont pas toujours autorisées dans les SCS sanctionnés par le gouvernement fédéral, notamment **les injections assistées et les partenariats d'injection**. Il est également nécessaire d'étendre les SCS pour inclure **l'inhalation supervisée**. La violence physique est courante dans les environnements où l'on fume du crack, souvent en raison de la dynamique de pouvoir entre les sexes, avec des conséquences particulières pour les femmes qui fument du crack. Les appels se multiplient également au Canada en faveur d'un **approvisionnement sûr**, englobant un plus large éventail d'options médicales à offrir afin de résoudre le problème crucial de l'approvisionnement dangereux en drogues qui contribue au nombre élevé de décès par surdose au Canada.

Les SCS devraient également mettre l'accent sur des services conviviaux et accessibles aux personnes ayant des enfants, avec l'assurance que leur consommation de substances ne constituera pas un motif de signalement aux autorités de protection de l'enfance. Les SCS **ne devraient pas non plus imposer de restrictions visant les personnes enceintes**. Les personnes enceintes qui consomment de la drogue sont moins susceptibles d'accéder aux services; et un refus de l'accès aux participantes enceintes « augmenterait la possibilité de décès par surdose en raison des limitations de la prestation de services ». ⁸ Les SCS pourraient offrir la possibilité d'aider les personnes enceintes à accéder aux soins prénataux. Ils devraient également fournir ou recommander **des soins de santé sexuelle et génésique, de même que des refuges et des services de prévention de la violence**.



Sensibilité au genre dans les programmes de réduction des méfaits : point de mire sur les prisons

Les femmes sont la population carcérale qui augmente le plus rapidement au Canada; le nombre de femmes purgeant une peine fédérale en prison a augmenté de plus de 30 % entre 2009 et 2019, alors que la population carcérale masculine a diminué au cours de la même période (-4 %).⁹ En particulier, la population de femmes autochtones dans les prisons fédérales a augmenté; en 2020, elles représentaient 41,4 % de toutes les femmes incarcérées dans les prisons fédérales.¹⁰ Toutes causes de condamnation confondues, 76 % des femmes incarcérées dans les prisons fédérales ont eu un problème de consommation d'alcool ou de drogues au cours de leur vie,¹¹ tandis que presque toutes les femmes autochtones purgeant une peine fédérale (92 %) ont été évaluées comme ayant des besoins modérés ou élevés en lien avec la consommation de substances.¹² Trente pour cent (30 %) des femmes incarcérées au palier fédéral (contre 21 % des hommes) ont également déclaré s'être injecté des drogues au cours de leur vie; plus de la moitié d'entre elles ont déclaré avoir partagé du matériel d'injection.¹³

Des recherches ont démontré que les programmes et services actuellement offerts aux femmes incarcérées vivant avec le VIH et le VHC et vulnérables à ceux-ci se caractérisent par un manque de cohésion dans la mise en œuvre et l'accessibilité, tant au sein des établissements individuels que dans l'ensemble du système. Le manque de mesures de réduction des méfaits et d'autres initiatives en matière de santé contribue à des taux de VIH et de VHC nettement plus élevés en prison que dans l'ensemble de la communauté – un préjudice qui touche de manière disproportionnée la population en croissance rapide des femmes derrière les barreaux. Une étude réalisée en 2016 indique qu'environ 30 % des personnes incarcérées dans les établissements fédéraux et 30 % des femmes (contre 15 % des hommes) dans les établissements provinciaux vivaient avec le VHC, et qu'entre 1 % et 9 % des femmes (contre 1 % à 2 % des hommes) vivaient avec le VIH.¹⁴ Les femmes autochtones en prison, en particulier, ont des taux de VIH et de VHC beaucoup plus élevés que les détenu-es non autochtones. Par exemple, les femmes autochtones incarcérées dans des prisons fédérales auraient des taux de VIH et de VHC de 11,7 % et de 49,1 %, respectivement.¹⁵

Les programmes de seringues et d'aiguilles en prison

Reconnaissant les avantages pour la santé associés aux programmes d'échange de seringues en prison, le Service correctionnel du Canada (SCC) a amorcé en juin 2018 la mise en œuvre d'un « Programme d'échange de seringues en prison » (PÉSP) dans deux prisons fédérales dont une pour femmes, comme « première des étapes d'une approche progressive », en vue d'introduire progressivement le programme dans toutes les prisons fédérales. Les détails du PÉSP révèlent de sérieuses lacunes qui ne sont pas conformes aux principes de santé publique et aux normes professionnellement reconnues pour de tels programmes, y compris la violation de la confidentialité des détenu-es à de nombreux égards sans justification raisonnable. La participation est également soumise à l'approbation du personnel de santé et de sécurité des prisons. Au moment de la rédaction du présent rapport, neuf prisons fédérales (dont les cinq établissements pour femmes) sur 43 disposent actuellement d'un PÉSP; le déploiement du programme a été suspendu en raison de la pandémie de COVID-19. Aucun système carcéral provincial ou territorial au Canada n'offre de tel programme. En 2019, l'enquêteur correctionnel du Canada a recommandé au SCC de « revoir » le programme et ses critères de participation « en cherchant à nouer des liens de confiance », et d'« examiner[r] ce que l'on fait ailleurs dans le monde pour explorer comment il pourrait augmenter le taux de participation au programme et en améliorer l'efficacité ».¹⁶

Le traitement de la toxicomanie en prison

Les détenu-es des systèmes fédéral et provinciaux rencontrent encore des obstacles au traitement par agonistes opioïdes (TAO), notamment de longues listes d'attente et des arrêts inappropriés du traitement. Un certain nombre de prisons provinciales et territoriales n'offrent toujours pas de TAO aux détenu-es. Notamment, bien qu'une directive du SCC sur les « services de santé » indique que les professionnel-les de la santé des prisons « veilleront à ce que les services de santé soient adaptés aux besoins des Autochtones et des délinquantes, ainsi qu'aux délinquants ayant des besoins spéciaux », des prestataires de services ont observé que les femmes en prison ont du mal à obtenir le même niveau d'accès aux services de santé que les femmes hors prison ou que les hommes en prison. Alors que le SCC offre un « programme d'intervention pour délinquantes toxicomanes » (PIDT) afin de répondre aux besoins spécifiques des détenues, les femmes qui consomment des drogues ont critiqué la fréquence de fonctionnement du programme, qui pose des problèmes aux femmes qui attendent un module spécifique et à celles qui devaient suivre un traitement avant leur libération conditionnelle mais qui étaient sur des listes d'attente.

La prévention des surdoses en prison

La crise des surdoses est aiguë dans les prisons; le nombre signalé de surdoses de drogues y est en hausse. De plus en plus de prisons au Canada ajoutent la naloxone au matériel dont disposent les employé-es de santé et les agent-es correctionnel-le, mais aucune prison canadienne ne fournit aux détenu-es un accès direct à la naloxone. Étant donné que le personnel correctionnel n'est pas toujours disponible immédiatement en situation de surdose, la fourniture de trousse de naloxone aux détenu-es leur permettrait d'administrer de la naloxone à leurs codétenu-es en cas de surdose d'opioïdes. En juin 2019, le SCC a mis en place un « site de prévention des overdoses » dans l'établissement de Drumheller, une prison fédérale pour hommes en Alberta, en réponse au taux élevé de surdoses dans cet établissement, à des préoccupations des agents correctionnels concernant l'accès non supervisé des détenu-es à du matériel d'injection, et apparemment comme alternative à un programme de seringues. Le programme – une mesure de réduction des méfaits sans précédent en milieu correctionnel – n'a pas encore été évalué. Des inquiétudes ont été soulevées quant au degré de confidentialité qui peut être accordé aux détenus qui y participent.¹⁷ Au moment où nous écrivons ces lignes, il n'existe pas de sites de prévention des surdoses dans des prisons pour femmes au Canada.

Recommandations

Pour la santé publique et en vertu des droits humains, les services de réduction des méfaits et le traitement de la toxicomanie, y compris en prison, doivent répondre aux inégalités structurelles qui limitent la sécurité des femmes et des personnes de genres divers, et être adaptés aux besoins de celles qui consomment des drogues, en plus d'inclure des interventions à facettes multiples et à bas seuil. Ces interventions devraient aborder la violence fondée sur le genre, de même que le racisme, le colonialisme, la transphobie, l'homophobie, les traumatismes et la santé mentale, et elles devraient être assorties de liens au logement et fournir des soins de santé sexuelle et reproductive. Les services devraient être accessibles aux personnes enceintes et aux personnes qui s'occupent d'enfants. Le personnel devrait être formé pour offrir un environnement culturellement sensible, où l'on ne porte pas de jugements, doté d'une expertise vécue de la consommation de drogues et offrant des services mobiles et réservés aux femmes, y compris dans les communautés rurales, isolées et autochtones. L'intégration de politiques et de pratiques de réduction des méfaits dans les centres d'hébergement pour femmes violentées, dans les soins de santé sexuelle et génésique et dans les soins primaires pour le VIH devrait également être une priorité. La recherche sur les femmes autochtones qui consomment des drogues a en outre appelé à une approche éclairée par les traumatismes et à des services de réduction des méfaits afin de remédier aux conséquences néfastes de la colonisation.

Les lacunes persistantes et déplorables dans la prestation de services font partie des conséquences des lois, politiques et pratiques répressives qui stigmatisent et marginalisent les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des drogues, les éloignant davantage des services sociaux, de santé et de réduction des méfaits. Au Canada, **la décriminalisation de la possession de drogues pour usage personnel** bénéficie d'un fort soutien de la part des organismes de personnes qui consomment des drogues et d'autres organismes communautaires, des défenseurs de la réduction des méfaits et des droits humains ainsi que des associations et autorités de santé publique. Non seulement la décriminalisation de la possession de drogues pour usage personnel réduirait la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes qui consomment des drogues, mais elle permettrait également d'étendre les services de réduction des méfaits tels que les SCS, de réduire la surveillance, le harcèlement et la présence de la police dans la vie des personnes qui consomment des drogues, de réduire le nombre de personnes en prison (y compris celles aux prises avec une consommation problématique de drogues et/ou qui ont la responsabilité principale de leurs enfants) et de laisser à moins de personnes qui consomment des drogues l'héritage punitif d'un casier judiciaire.

Dans l'intervalle, **le gouvernement fédéral devrait émettre une « exemption de catégorie » afin d'éliminer les charges administratives inutiles pour les fournisseur(-euse)s de services et de faciliter l'accès à une diversité de SCS dans tout le pays.** Il devrait également évaluer l'impact de la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdoses*, notamment par le biais de consultations avec les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des drogues, afin de déterminer s'il convient d'élargir l'immunité limitée contre les poursuites pénales que la loi confère actuellement. En même temps, tous les niveaux de gouvernement devraient appuyer une diversité d'approches pour **un approvisionnement en drogues qui soit sûr et réglementé**, en consultation avec les consommateur(-trice)s de drogues, y compris les femmes, les personnes de genres divers et les populations autochtones, afin d'améliorer le recours aux programmes et de réduire les obstacles.

Dans une perspective plus large, en consultation avec les travailleuse(-eur)s du sexe et les organismes qu'elles/ils dirigent, le gouvernement fédéral devrait **abroger les lois pénales spécifiques au travail du sexe**, qui entraînent de nombreuses violations des droits humains des travailleuse(-eur)s du sexe et créent des obstacles aux services de santé, et s'assurer que les protections juridiques générales régissant les conditions de travail et les avantages sociaux incluent de manière égale les travailleuse(-eur)s du sexe.

Le gouvernement fédéral devrait également collaborer avec les provinces, les territoires, les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des drogues afin **d'élaborer un cadre national sur les services des refuges et des maisons de transition pour les femmes et les enfants touchés par la violence fondée sur le sexe, pour s'attaquer entre autres aux obstacles à l'accès aux services pour les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des substances.**

Avec la participation à part entière des femmes et des personnes de genres divers qui consomment des drogues, les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient prendre des mesures pour **modifier ou élaborer des politiques pour les autorités de protection de l'enfance qui ne confondent pas la consommation de substances par les parents avec la négligence**, et pour éviter que les parents qui consomment des drogues se voient retirer la garde de leurs enfants en l'absence de preuves supplémentaires de négligence ou de mauvais traitements. Des investissements doivent être faits pour former le personnel afin de garantir le respect de ces politiques dans la pratique et la fourniture de services, dans une approche qui tient compte des différences entre les sexes, des traumatismes et de la culture. Les services de protection de l'enfance doivent reconnaître qu'il n'est pas toujours dans l'intérêt supérieur d'un enfant d'être séparé d'un parent ou d'un tuteur qui consomme de la drogue; et ils devraient suivre un cadre communautaire de réduction des méfaits.

Les ministères responsables des services correctionnels fédéraux et provinciaux devraient veiller à ce que les services de réduction des méfaits et le traitement de la toxicomanie en milieu carcéral soient au moins équivalents à ceux qui sont offerts dans la communauté, et adaptés aux besoins spécifiques des femmes et des personnes de genres divers qui consomment des drogues, et en particulier des femmes autochtones, qui sont en nombre nettement disproportionné derrière les barreaux. Ces services devraient au minimum inclure **des programmes de seringues et d'aiguilles, de TAO et de prévention des surdoses qui tiennent compte du genre et des traumatismes** – et ils devraient également intégrer des plans et des ressources pour assurer la continuité des soins lors de la remise en liberté.

Bien que l'on reconnaisse de plus en plus les lourdes conséquences de la guerre contre les drogues, les fardeaux multiples et intergénérationnels découlant de l'interdiction des drogues, pour les femmes, les personnes de genres divers et leurs familles, demeurent largement ignorés et sont

fréquemment laissés pour compte et mis à l'écart dans le développement des lois, politiques et approches liées à la réduction des méfaits. Une approche fondée sur les droits et adaptée au genre, dans les politiques en matière de drogues, reconnaîtrait que la consommation de drogues est une question de santé, abrogerait les lois criminalisant et pénalisant les personnes qui consomment des drogues, et respecterait les droits des femmes et des personnes de genres divers au meilleur état de santé possible, en veillant à ce que tous les services de réduction des méfaits et de traitement de la toxicomanie soient fondés sur des données probantes et sur la participation effective des personnes touchées. Comme l'ont déclaré des femmes qui consomment des drogues, lors de la Journée internationale de la femme de 2019, il faut « réformer et transformer complètement le système actuel de prohibition »; selon leurs termes : « Nous ne demandons pas la charité, mais la solidarité. Nous exigeons de vivre en sécurité et en liberté. »¹⁸ Il est temps que le monde commence à écouter.



- ¹ A. Bourgeois et coll., *Le VIH au Canada – Rapport de surveillance 2016*, Relevé des maladies transmissibles au Canada 2017; 43(12):248-56.
- ² Agence de la santé publique du Canada, *Résumé des résultats clés de la phase 3 du système I-Track (2010 à 2012)*, octobre 2014.
- ³ Gouvernement du Canada, *Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada*, décembre 2019.
- ⁴ First Nations Health Authority, *First Nations Opioid Overdose Deaths Rise in 2018*, 27 mai 2019; et Radio-Canada, « Les Premières Nations particulièrement touchées par les surdoses aux opioïdes », 3 déc. 2019.
- ⁵ Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, *Réclamer notre pouvoir et notre place : Le rapport final de l'Enquête nationale sur femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, Volume 1a*, 2019, p. 482.
- ⁶ West Coast LEAF, *Pathways in a Forest: Indigenous Guidance on Prevention-Based Child Welfare*, septembre 2019.
- ⁷ Voir Ministère des Services sociaux et communautaires, *Normes relatives aux maisons d'hébergement pour femmes qui ont vécu la violence*, 2015, article 2.9 Utilisation de substances : « Le Ministère s'attend à ce que les maisons d'hébergement donnent accès à toutes les femmes qui demandent des services d'hébergement d'urgence, y compris aux femmes qui utilisent des substances. La maison d'hébergement aura une politique et une procédure qui décrivent les services de soutien qu'elle offrira aux femmes qui utilisent des substances, qui pourraient comprendre l'évaluation des besoins de sécurité immédiats et des soutiens pertinents dans la communauté. La politique et la procédure écrites indiqueront comment la maison d'hébergement réagira si des femmes sont en possession de substances et/ou utilisent des substances dans les locaux de la maison d'hébergement. »
- ⁸ BC Centre for Disease Control, *BC Overdose Prevention Site, Services Guide*, 2019. Voir aussi Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, *Implementing supervised injection services: Best Practice guidelines*, février 2018.
- ⁹ Bureau de l'enquêteur correctionnel, *Rapport annuel 2018-2019*, 2019.
- ¹⁰ Bureau de l'enquêteur correctionnel, « Les Autochtones sous garde fédérale dépassent les 30 % : Énoncé des enjeux et défi de l'enquêteur correctionnel », communiqué, 21 janvier 2020.
- ¹¹ F. MacDonald et coll., *Délinquantes, toxicomanie et comportement* (Rapport de recherche R-358). Ottawa, Ontario : Service correctionnel du Canada.
- ¹² Bureau de l'enquêteur correctionnel, supra note 9.
- ¹³ Ibid.
- ¹⁴ F. Kouyoumdjian et coll., « Health status of prisoners in Canada: Narrative review », *Le médecin de famille canadien* (2016) 62:3: 215-222.
- ¹⁵ D. Zakaria et coll., *Résumé des premiers résultats du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque (Rapport de recherche R-211)*, Service correctionnel du Canada, 2010.
- ¹⁶ Bureau de l'enquêteur correctionnel, supra note 9, p.21.
- ¹⁷ Réseau juridique canadien VIH/sida, *Déclaration : Une proposition de site d'injection supervisée dans l'Établissement Drumheller, Alberta, ne peut pas remplacer un programme de seringues et d'aiguilles en prison*, 12 juin 2019.
- ¹⁸ International Drug Policy Consortium, *The Barcelona Declaration*, 2019. En ligne à <https://idpc.net/alerts/2019/04/the-barcelona-declaration>.

Références

- Alliance canadienne pour la réforme des lois sur le travail du sexe, *Safety, Dignity, Equality: Recommendations for Sex Work Law Reform in Canada*, 2017
- E. Argento et coll., « Prevalence and Correlates of Nonmedical Prescription Opioid Use Among a Cohort of Sex Workers in Vancouver, Canada », *International Journal of Drug Policy* (2015) janvier; 26(1) : 59-66. doi:10.1016/j.drugpo.2014.07.010.
- Association canadienne des personnes qui utilisent des drogues (ACPU), *Source sûre - Document conceptuel*, février 2019.
- T. Azima, I. Bontella, et S. Strathdee, « Women, drugs and HIV », *International Journal of Drug Policy* 26 (2015) : S16-S21.
- M. Barrett, K. Allenby, et K. Taylor, *Vingt ans plus tard : Retour sur le rapport du Groupe d'étude sur les femmes purgeant une peine fédérale*, Service correctionnel du Canada, 2010.
- A. Bayoumi, C. Strike, et coll., *Report of the Toronto and Ottawa Supervised Consumption Assessment Study*, 2012. Toronto, Ontario : St. Michael's Hospital and the Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto.
- B.C. Centre for Disease Control, *2018 BC Overdose Action Exchange*, 2018.
- B.C. Centre for Excellence for Women's Health and Atira, *SisterSpace: Canada's First Women-Only Shared Using Room*, 2018.
- B.C. Centre of Excellence for Women's Health in partnership with the Canadian Centre on Substance Abuse and the Universities of Saskatchewan and South Australia, *Gendering the National Framework Series (Vol.4): Women-Centred Harm Reduction*, 2010.
- B.C. Centre on Substance Use, *Supervised consumption services : Operational guidance*, 2017.
- S. Beattie et H. Hutchins, *Les refuges pour femmes violentées au Canada*, Statistique Canada, 2014.
- C. Bourassa, *Addressing the Duality of Access to Healthcare for Indigenous Communities: Racism and Geographical Barriers to Safe Care, Healthcare Papers, Rural and Remote Health Services*, Vol. 17. No 3, 6-10, 2018.
- J. Boyd, "Gendered violence & overdose prevention sites : A rapid ethnographic study during an overdose epidemic in Vancouver, Canada," *Addiction*, septembre 2018, DOI: 10.1111/add.14417.
- S. Boyd, D. MacPherson, et Vancouver Area Network of Drug Users, « The Harms of Drug Prohibition: Ongoing Resistance in Vancouver's Downtown Eastside », *BC Studies* 200: hiver 2018/19 : p. 87-96.
- M. Buchanan et coll., « Understanding incarcerated women's perspectives on substance use: Catalysts, reasons for use, consequences, and desire for change », *Journal of Offender Rehabilitation* (2011) 50(2), 81-100.
- V. Bungay et coll., « Women's health and use of crack cocaine in context: structural and 'everyday' violence », *International Journal of Drug Policy*, 2010 21(4) : 321-329.
- Canada FASD Research Network's Action Team on Prevention from A Women's Health Determinants Perspective, *Substance Use During Pregnancy: An Overview of Key Canadian Policy and Practice Areas*, 2014.
- A. DiCenso, G. Dias, et J. Gahagan, *Ouvrir notre avenir : Une étude nationale sur les détenues, le VIH et l'hépatite C*, Réseau d'action et de soutien pour les prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (PASAN), 2003.
- M. Ditmore, *When sex work and drug use overlap: Considerations for advocacy and practice*, Harm Reduction International, novembre 2013.
- Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, *Réclamer notre pouvoir et notre place : Le rapport final de l'Enquête nationale sur femmes et les filles autochtones disparues et assassinées*, 2019.
- N. Fairbairn, « Seeking refuge from violence in street-based drug scenes: Women's experiences in North America's first supervised injection facility », *Social Science & Medicine* 67 (2008) 817-823.
- N. Fairbairn et coll., « Social structural factors that shape assisted injecting practices among injection drug users in Vancouver, Canada: a qualitative study », *Harm Reduction Journal* 2010, 7:20.s.
- Global Network of Sex Work Projects et International Network of People who Use Drugs, *Sex Workers who use Drugs: Ensuring a Joint Approach*, 2015.
- Harm Reduction International, *Women and harm reduction, Global State of Harm Reduction 2018 briefing*, 2018.
- A. Hovey et coll., « Understanding the Landscape of Substance Use Management Practices in Domestic Violence Shelters across Ontario », *Journal of Family Violence* <https://doi.org/10.1007/s10896-019-00056-0>, 1 mai 2019.
- E. Hyshka et coll., « Harm reduction in name, but not substance: a comparative analysis of current Canadian provincial and territorial policy frameworks », *Harm Reduction Journal* (2017) 14:50.
- International AIDS Society, *Women who inject drugs: overlooked, yet visible*, 2019.
- M. C. Kennedy, « Peer worker involvement in low-threshold supervised consumption facilities in the context of an overdose epidemic in Vancouver, Canada », *Social Science & Medicine* 225 (2019) 60-68.
- K. Kenny, « Mental Health Harm to Mothers When a Child Is Taken by Child Protective Services: Health Equity Considerations », *Revue canadienne de psychiatrie*. 63(12):706743717748885. Décembre 2017

- G. Kolla, Z. Dodd, N. Boyce, et coll., « Role of overdose prevention sites in the broader response to drug-related harms? Insights from the Toronto Overdose Prevention Site », Congrès de l'ACRV, 26-29 avril 2018. Abrégé EPHP3.04.
- G. Kolla, K. S. Kenny, M. Bannerman, et coll., « Help me fix: The provision of injection assistance at an unsanctioned overdose prevention site in Toronto, Canada », *International Journal of Drug Policy* (2020) Fév.;76:102617.
- G. Kolla, R. Penn, et C. Long, *Evaluation of the Overdose Prevention Sites at Street Health and St. Stephen's Community House*, Toronto: Street Health et St. Stephen's Community House, 2019.
- T. Lyons et coll. « Women who use drugs and have sex with women in a Canadian setting: Barriers to treatment enrolment and exposure to violence and homelessness », *Archives of Sexual Behaviour* 2016 août;45(6):1403-10. doi: 10.1007/s10508-015-0508-2. Epub 27 mai 2015.
- T. Mahony, J. Jacob, et H. Hobson, *Femmes au Canada : Rapport statistique fondé sur le sexe; et Les femmes et le système de justice pénale*, Statistique Canada, 21 juin 2017.
- R. McNeil et coll., « Negotiating place and gendered violence in Canada's largest open drug scene », *International Journal of Drug Policy*, mai 2014; 25(3) : 608-615.
- Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), *Guide for service providers on gender sensitive services*, 2016.
- Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), *Rapport mondial sur les drogues de 2016*, 2016.
- S. Pinkham, C. Stoicescu, et B. Myers, « Developing Effective Health Interventions for Women Who Inject Drugs: Key Areas and Recommendations for Program Development and Policy », *Advances in Preventive Medicine* (2012), Article ID 269123.
- L. Platt et coll., « Associations between sex work laws and sex workers' health: A systematic review and meta-analysis of quantitative and qualitative studies », *PLOS Medicine*, 11 décembre 2018.
- N. Poole et coll., « Improving Substance Use Treatment for First Nations, Métis and Inuit Women: Recommendations Arising From a Virtual Inquiry Project », *First Peoples Child & Family Review* 8:2 (2013).
- L. Rehman, J. Gahagan, A.M. DiCenso, et C. Dias, « Harm reduction and women in the Canadian national prison system: Policy or practice? », *Women & Health* 2004 : 40(4), 57-73.
- Réseau canadien autochtone du sida et Coalition interagence sida et développement, *La réduction autochtone des méfaits = Réduire les méfaits du colonialisme*, 19 mars 2019.
- Réseau juridique canadien VIH/sida, *Le programme d'échange de seringues du Service correctionnel du Canada - Document de politiques*, 2019.
- Réseau juridique canadien VIH/sida, *Services de consommation supervisée au Canada : Des changements qui tardent à venir*, 2019.
- A. Roberts, B. Mathers, et L. Degenhardt, pour le Groupe de référence des Nations Unies sur le VIH et la consommation de drogues injectables, *Women Who Inject Drugs : A Review of Their Risks, Experiences and Needs*, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Sydney, Australie, 2010.
- K. Shannon et coll., « Mapping violence and policing as an environmental structural barrier to health service and syringe availability among substance-using women in street-level sex work », *International Journal of Drug Policy* (2008) 19(2) : p. 140-147
- K. Shannon et coll., « Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug using women in survival sex work », *Social Science & Medicine*. 2008;66(4):911-21.
- M. Shokoohia et coll., « Substance use patterns among women living with HIV compared with the general female population of Canada », *Drug and Alcohol Dependence* 191 (2018) 70-77.
- A. Stensrud, *Toward a Better Understanding of the Needs of Shelter Users: A Consultation with Shelter Residents and Workers*, Provincial Association of Transition Houses and Services of Saskatchewan, mars 2005.
- Survivre à la violence et renforcer la résilience - Étude sur le réseau canadien de refuges et de maisons de transition qui desservent les femmes et leurs enfants affectés par la violence*, Rapport du Comité permanent de la condition féminine, mai 2019, 42e Législature, 1e Session.
- J. Tabibi, M. Kubow, et L. Baker, *Gender Diversity in the VAW Sector: A Discussion Paper Informed by November 2016 Knowledge Exchange*, Centre for Research & Education on Violence Against Women & Children, 2017.
- C. Tompkins et coll., « Exchange, deceit, risk, harm: the consequences for women of receiving injections from other drug users », *Drugs, education, prevention and policy* 2006, 13:281-297.
- M. Turpel-Lafond, *Children at Risk: The Case for a Better Response to Parental Addiction Investigative Report*, juin 2014.
- UN system coordination Task Team on the Implementation of the UN System Common Position on drug-related matters, *What we have learned over the last ten years: A summary of knowledge acquired and produced by the UN system on drug-related matters*, mars 2019, p. 20.
- Vancouver Coastal Health Research Institute, « Specialized overdose prevention strategies needed for women », 13 janvier 2019.
- E. van der Meulen et coll., « A Legacy of Harm: Punitive Drug Policies and Women's Carceral Experiences in Canada », *Women & Criminal Justice*, DOI : 10.1080/08974454.2017.1307160.





1240, rue Bay, bureau 600
Toronto (Ontario) M5R 2A7

Téléphone : +1 416 595-1666
Télécopieur : +1 416 595-0094

Courriel : info@aidslaw.ca

www.aidslaw.ca



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