



Le genre est à prendre en compte :

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



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



Le présent rapport a été rédigé par Sandra Ka Hon Chu et Cécile Kazatchkine.

Révisseur de texte : Megan Long

Traducteur : Jean Dussault

Graphiste : Mixtape Branding/Ryan White, R.G.D.

Remerciements :

Merci à Brandi Abele, Molly Bannerman, Alexandra de Kiewit, Giulia Di Giorgio, Richard Elliott, Marlene Ham, Kary Hannah, Natalie Kaminski, Gillian Kolla, Ash Manktelow, Hawkfeather Peterson, Iye Sanneh, Natasha Touesnard et Lindsay Windhager pour leurs contributions au contenu de ce rapport ou pour leur examen de versions provisoires.

Merci à Imran Bayoumi, Colleen Dermody, Madeline Mackenzie et Candice Zhang pour leur assistance à la recherche.

La production de ce document a été possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les points de vue exprimés dans cette publication 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 ou le sida et de celles qui sont à risque ou affectées autrement, au Canada et dans le monde, à l'aide de recherches et d'analyses, d'actions en contentieux et d'autres formes de plaidoyer, d'éducation du public et de mobilisation communautaire. Le Réseau juridique est un des principaux organismes de plaidoyer à l'échelle internationale dont les travaux portent sur les enjeux juridiques et de droits humains liés au VIH et au sida.

Le Réseau juridique reconnaît que les terres sur lesquelles nous vivons et travaillons font partie de l'Île aux tortues, territoire traditionnel des Haudenosaunees, des Wendats et des Anishinabés, y compris la Première Nation des Mississaugas de Credit. Nous sommes tous des gens des traités. En tant que colonisateur(-trice)s et militant-es pour les droits de la personne œuvrant à la santé et à la justice, nous avons le devoir d'honorer les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation dans notre travail. Nous devons prendre part à la réponse aux injustices continues que rencontrent les peuples autochtones et aux iniquités de santé qui en résultent et qui contribuent à l'impact disproportionné de l'épidémie du VIH dans ces communautés. Nous sommes activement engagé-es à poursuivre ces efforts en collaboration avec nos collègues autochtones et autres.



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

Contexte

Au moment d'écrire ces lignes, le Canada est confronté à une crise de surdoses sans précédent qui tue à un rythme alarmant. Malgré un récent changement de politiques fédérales sur la réduction des méfaits, illustré par l'introduction en décembre 2016 d'une « Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances » (SCDAS) actualisée, qui a remplacé la « Stratégie nationale antidrogue » et qui a rétabli le pilier de la réduction des méfaits (aux côtés de la prévention, du traitement et de l'application de la loi), plus de 14 700 décès apparemment liés aux opioïdes ont été signalés entre janvier 2016 et septembre 2019.¹ Ces décès étaient dus en grande partie à l'augmentation de la présence sur le marché d'opioïdes synthétiques très puissants (par exemple le fentanyl et ses analogues). La fixation continue du Canada sur la prohibition pénale comme principale approche pour répondre à la consommation de drogues a conduit à une situation dans laquelle les personnes qui consomment des drogues demeurent confrontées à la criminalisation, à l'hostilité politique et sociale, et à un accès limité à des services de réduction des méfaits et de santé. Les lois punitives, en plus de porter atteinte aux droits fondamentaux de ces personnes, entravent leur accès aux services de réduction des méfaits et aux autres services de santé et en limitent l'expansion.

En particulier, les femmes et les personnes de genres divers sont tragiquement exclues des conversations sur les personnes qui consomment des drogues.² Bien qu'il existe des différences marquées entre les hommes, les femmes et les personnes de diverses identités de genre,³ en ce qui a trait à la consommation de drogues et à la manière dont les lois et les politiques les affectent, on accorde moins d'attention à leur accès aux services de santé, notamment à la nécessité de disposer de services de soins et de réduction des méfaits qui soient adaptés au sexe, à la culture et aux traumatismes. C'est particulièrement le cas pour les personnes de genres divers qui consomment des drogues, pour lesquels il existe un manque troublant de données – une lacune qui a des répercussions sur leur accès aux services de santé. Comme l'ont fait remarquer des chercheur-es, les risques et les méfaits liés à la drogue affectent les femmes (et en particulier les femmes marginalisées) différemment des hommes.⁴ Les déterminants de la santé des femmes et des personnes de genres divers – tels que la stigmatisation, le colonialisme, le racisme, l'homophobie, la transphobie, la pauvreté, l'insécurité du logement et l'itinérance, la grossesse et le rôle de parent, les troubles de santé mentale, la violence physique et sexuelle, ainsi que les lois, politiques et approches répressives dans l'application des lois qui affectent les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des drogues – ne sont pas suffisamment pris en compte dans la conception des stratégies de santé destinées aux personnes qui consomment des drogues, y compris au Canada.⁵ Pour les femmes autochtones et les personnes de genres divers, la discrimination, le racisme, la violence structurelle et coloniale, de même que les traumatismes intergénérationnels, sont encore des obstacles supplémentaires lorsqu'il s'agit de parler de la consommation

de drogues et de recourir à du soutien pour leur consommation problématique.⁶

« Un degré accru de nuance dans la collecte et la déclaration des données est ... nécessaire afin que les impacts différentiels de la crise des surdoses sur les personnes transgenres, bispirituelles et de genre non binaire soient compris et puissent être pris en compte dans les interventions de prévention et de réponse aux surdoses. **Cela peut être étendu à la recherche sur la consommation de substances en général, car les expériences des personnes de genres divers sont sous-explorées, ce qui renforce l'inégalité.** »

- A. Collins et coll., « Gender and the overdose crisis in North America: Moving past gender-neutral approaches in the public health response », *International Journal of Drug Policy* 69 (2019) 43–45.

Malgré les différences entre les hommes, les femmes et les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queer et bispirituelles (LGBTQ2S) et de genres divers, quant à la consommation de substances et à l'accès aux services de santé et de réduction des méfaits, il existe peu de données spécifiques aux personnes LGBTQ2S et de genres divers, au Canada et dans le monde. Leur invisibilité dans la recherche sur la consommation de drogues est une lacune qui entrave notre compréhension des obstacles particuliers auxquels elles sont confrontées en matière de soins de santé. Dans ce rapport, nous signalerons les données à propos des personnes LGBTQ2S et de genres divers lorsque la recherche sous-jacente établit ces distinctions. 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.

Les femmes et les personnes de genres divers rencontrent par conséquent 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.⁷ Il n'est pas étonnant qu'un examen complet réalisé par l'ancien Groupe de référence des Nations Unies (ONU) sur le VIH et la consommation de drogues injectables ait révélé que, par rapport à leurs homologues masculins, les femmes qui s'injectent des drogues ont des besoins sensiblement différents et connaissent des taux de mortalité nettement plus élevés, une probabilité accrue de problèmes liés à l'injection, une progression plus rapide de la première consommation de drogues à la dépendance, des niveaux plus élevés de comportements sexuels et/ou d'injection à risque et des taux plus élevés d'infection par le VIH.⁸

Au Canada, alors que la consommation globale de drogues illicites déclarée en 2017 était plus élevée chez les hommes (19 %) que chez les femmes (11 %), les femmes ont déclaré des taux plus élevés de consommation de médicaments psychoactifs et de sédatifs⁹ – des distinctions importantes qui peuvent conduire à des méfaits laissés pour compte.¹⁰ Des recherches ont également démontré que les personnes LGBTQ2S présentent des taux plus élevés de consommation et d'abus de drogues que leurs homologues hétérosexuels;¹¹ et des études menées aux États-Unis et en Australie ont conclu que les femmes bisexuelles présentent les taux les plus élevés de consommation de substances chez les femmes, suivies par les lesbiennes.¹² Une étude de 2017 a indiqué que la prévalence de la consommation de cocaïne et d'amphétamines était plus élevée parmi les personnes transgenres en Ontario que dans la population de référence standardisée pour l'âge.¹³ Par ailleurs, les femmes qui font une grande consommation de substances consomment rarement une seule drogue.¹⁴ Des recherches menées en Ontario ont indiqué en outre que les hommes étaient plus susceptibles de mourir d'une seule consommation d'opiacés impliquant le fentanyl ou l'héroïne, alors que les décès liés à l'oxycodone, à la morphine ou à l'hydromorphone étaient plus fréquents chez les femmes. Les décès liés aux opioïdes chez les femmes étaient également plus susceptibles d'impliquer des médicaments d'ordonnance non opioïdes, tels que des antidépresseurs, des benzodiazépines, des antipsychotiques et des antihistaminiques, ce qui a des implications pour la conception et la mise en œuvre des programmes de prévention des surdoses.¹⁵



Réduction des méfaits : La réduction des méfaits réfère aux « politiques, programmes et pratiques visant à atténuer les effets négatifs sur la santé et les répercussions sociales et juridiques néfastes », en lien avec la consommation de drogues et les politiques et lois relatives aux drogues; c'est une approche enracinée dans la justice et les droits humains ainsi que dans le principe consistant à rencontrer chaque personne là où elle se situe. La réduction des méfaits « englobe un éventail de pratiques et services sociaux et de santé » pertinents à la consommation de drogues illégales et de médicaments d'ordonnance, y compris les services de consommation supervisée, les programmes de seringues et d'aiguilles, les initiatives de logement et d'emploi qui ne sont pas fondées sur l'abstinence, l'analyse des drogues, la prévention et le renversement des surdoses, le soutien psychosocial et la prestation d'informations sur la consommation plus sécuritaire de drogues.¹⁶ Comme l'a décrit le Centre d'excellence pour la santé des femmes : « La réduction des méfaits réfère à la gamme complète de stratégies et de mesures de soutien qui aident les femmes à atténuer les préjudices, à favoriser le bien-être et à répondre aux déterminants de la santé sans exiger l'abstinence. »¹⁷ Dans les communautés autochtones, la réduction des méfaits est considérée également comme une façon de vivre qui inclut l'amour, le non-jugement et la non-interférence, qui est enracinée dans les Savoirs autochtones et les visions autochtones sur le monde, et axée sur l'objectif de « mitiger les méfaits flagrants de la colonisation et tout ce que celle-ci a forgé ».¹⁸

Traitement de la consommation de substances ou traitement de la toxicomanie : Dans le présent document, les expressions « traitement de la consommation de substances » et « traitement de la toxicomanie » désignent les modèles fondés sur les données probantes pour traiter la consommation problématique de drogues, qui améliorent la santé physique ou mentale de l'individu concerné et qui respectent les droits humains – p. ex., la thérapie par agonistes opioïdes (TAO), qui est efficace pour traiter la dépendance aux opioïdes.

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. On observe également un taux disproportionné et plus élevé de VIH attribuable à l'injection de drogues parmi les femmes autochtones que parmi les femmes non autochtones.¹⁹ En conséquence, des recherches ont démontré que les femmes séropositives consomment des drogues illégales plus fréquemment que les femmes séronégatives, au Canada, ce qui a des conséquences pour leurs soins et leur traitement du VIH.²⁰ En particulier, des recherches ont permis d'observer que la consommation de drogues semble avoir des répercussions plus importantes sur

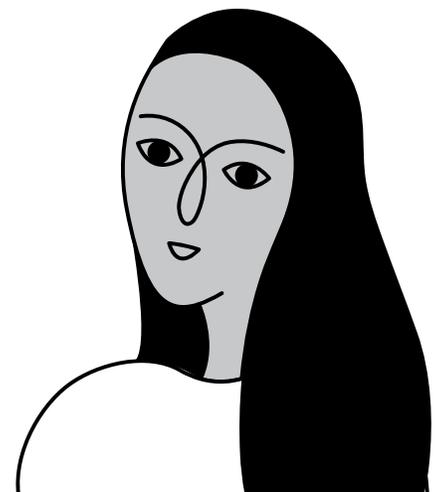
le VIH et les résultats cliniques chez les femmes séropositives que chez les hommes séropositifs, notamment un taux plus faible d'observance thérapeutique optimale²¹ – ce qui met en relief la nécessité d'intégrer les services en matière de VIH et de réduction des méfaits spécifiquement conçus pour les femmes. Le VHC est également une préoccupation majeure pour les femmes qui consomment des drogues. Dans une étude nationale sur les personnes qui s'injectent des drogues, 68 % des femmes étaient séropositives au VHC (sans différence significative de prévalence entre les participants qui se sont identifiés comme hommes et ceux qui se sont identifiés comme femmes).²² Parmi les facteurs démographiques et sociaux associés au VHC dans les communautés autochtones, il faut noter le fait d'être une femme et les faits d'inhaler et de s'injecter des drogues.²³ Comme c'est le cas pour de nombreuses recherches, les personnes de genres divers ont été exclues de ces études de surveillance.

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. 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 femmes non-FSF qui s'injectent des drogues, et ont des pratiques d'injection plus risquées que celles des femmes hétérosexuelles.²⁴ Bien que la compréhension des effets différentiels de la consommation de drogues sur les personnes LGBTQ2S reste limitée et qu'il soit urgent de mieux saisir ces données, des chercheurs ont constaté qu'il existe moins de ressources, services et programmes culturellement adaptés, pour les LGBTQ2S et les personnes de genres divers aux prises avec une consommation problématique de substances.²⁵ Les données qui émergent indiquent que la majorité des infrastructures de traitement en Amérique du Nord et ailleurs ne répondent pas aux besoins uniques et à la diversité des personnes LGBTQ2S, qui sont « souvent moins susceptibles de suivre un traitement pour leur [consommation] de substances, en partie à cause d'interactions négatives avec des services de santé qui ne sont pas bien équipés » pour répondre à leurs besoins.²⁶ En particulier, il se peut que les FSF et les personnes transgenres qui consomment des drogues n'aient pas recours à des soins de santé en raison d'expériences de discrimination, antérieures ou anticipées.²⁷ De façon plus large, la consommation de drogues parmi les LGBTQ2S « doit être comprise dans le contexte de la stigmatisation, de préjugés et de discrimination auquel ces personnes sont constamment exposées. »²⁸

Des données indiquent par ailleurs que les personnes qui vendent des services sexuels et consomment de la drogue sont confrontées à un risque accru de préjudices pour la santé, notamment le VIH et l'hépatite virale.²⁹ Les recherches indiquent que les travailleuse(-eur)s du sexe qui s'injectent des drogues sont plus susceptibles de louer, d'emprunter et de réutiliser du matériel d'injection, et moins susceptibles d'en transporter dans des endroits où la possession a des implications criminelles et où leur travail du sexe les expose à un risque accru d'exposition à la police.³⁰ Une étude menée dans le Downtown Eastside de Vancouver, par exemple, a révélé que les travailleuse(-eur)s du sexe qui travaillent dans la rue sont dissuadé-es d'accéder aux

programmes sanitaires et sociaux et aux programmes d'échange de seringues, car ils/elles ont intérêt à éviter les zones où se trouvent ces services, qui les ont exposé-es à la violence et à la surveillance policière.³¹ Des chercheur-es ont également avancé que les travailleuse(-eur)s du sexe risquent de perdre leur emploi si leurs client-es ou employeurs découvrent leur consommation de drogues par injection, ce qui peut les dissuader de recourir aux services de réduction des méfaits même en cas de besoin.³² En outre, les travailleuse(-eur)s du sexe qui consomment des drogues se heurtent à de multiples obstacles aux soins de santé, notamment dans les communautés nordiques et rurales où les services de santé sexuelle et génésique sont déjà moins accessibles qu'en milieu urbain.³³

Dans une étude ontarienne, les femmes qui s'injectent des drogues étaient plus susceptibles que leurs homologues masculins de déclarer s'être injectées avec des seringues/ aiguilles usagées et d'autre matériel usagé (c'est-à-dire de l'eau, un réchaud ou un filtre) et d'avoir prêté ces articles après utilisation.³⁴ Fait important, certaines recherches ont révélé que la première expérience de consommation de drogues par injection, chez les femmes, se fait souvent avec un partenaire sexuel qui fournit les drogues et le matériel et qui leur fait les injections.³⁵ 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.³⁶ Certaines femmes ont décrit l'injection assistée comme un acte d'intimité avec leur partenaire.³⁷ Même à plus long terme, les femmes qui s'injectent des drogues sont plus susceptibles que leurs homologues de sexe masculin de dépendre de l'aide d'un partenaire sexuel pour obtenir des drogues et se les injecter, et le fait de se faire faire une injection par quelqu'un d'autre s'est avéré être un prédicteur indépendant de l'infection par le VIH³⁸ – ce qui signifie que cette dépendance augmente le risque de VIH chez les femmes.³⁹ De nombreuses preuves indiquent que les personnes qui ont besoin d'aide pour s'injecter sont vulnérables à un large éventail de méfaits liés à la drogue,⁴⁰ 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.⁴¹



De nombreuses études ont également établi que les femmes qui s'injectent des drogues ont des réseaux sociaux plus imbriqués que les hommes et qu'elles sont également plus susceptibles d'avoir un partenaire sexuel qui s'injecte des drogues, ce qui augmente leur risque de contracter le VIH et le VHC par transmission sexuelle ainsi que par injection non sécuritaire de drogues.⁴² Des recherches ont démontré que certaines femmes qui s'injectent des drogues déclarent avoir des relations sexuelles transactionnelles, où l'intimité avec leur partenaire est liée à un abri, à de la nourriture, à des drogues, à la sécurité et/ou à la protection, ce qui peut les placer dans des positions particulièrement vulnérables et donc potentiellement réduire leur capacité de négocier des rapports sexuels protégés et des comportements d'injection sûrs.⁴³

Outre le VIH et le VHC, les personnes qui consomment des drogues sont exposées au risque de surdose, et les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des drogues n'ont pas été épargnées par la crise des surdoses au Canada. En 2018 et 2019, les femmes représentaient environ 25 % des décès accidentels apparemment liés aux opioïdes au Canada,⁴⁴ avec de grandes variations entre les provinces, allant de 57 % du nombre de décès par surdose au Nouveau-Brunswick, à 44 % au Manitoba et à 42 % en Saskatchewan.⁴⁵ Les femmes autochtones sont particulièrement touchées. En 2017, un peu moins de 40 % de toutes les surdoses mortelles dans les communautés autochtones de la Colombie-Britannique concernaient des femmes autochtones (contre un taux de 17 % pour les femmes non autochtones), ce qui est attribué en partie aux obstacles aux services de santé pour les populations autochtones, tels que le racisme systémique, la stigmatisation, la pauvreté et le logement précaire.⁴⁶ De même, en Alberta, entre 2016 et 2018, 49 % des décès par surdose chez les Autochtones concernaient des femmes (contre un taux de 23 % pour les femmes non autochtones).⁴⁷ 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. »⁴⁸

La violence fondée sur le genre

La violence fondée sur le genre est un déterminant de la santé particulièrement aigu chez les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des drogues. Comme l'ont observé des chercheur-es dans le contexte des relations hétérosexuelles, chez de nombreuses femmes « les expériences d'abus sexuels, de violence interpersonnelle et d'autres formes de violence sexiste sont au cœur de leur consommation de substances ». ⁴⁹ Les femmes qui consomment des drogues sont « plus susceptibles que leurs homologues masculins de subir des

violences sexuelles et d'autres formes de violence ». ⁵⁰ Elles déclarent aussi plus souvent vivre de la violence du partenaire intime. ⁵¹ Des recherches mondiales ont montré que les risques d'agression par un partenaire intime sont trois fois plus élevés en présence de consommation de drogues. ⁵² Dans une enquête de Statistique Canada menée en 2017, les femmes qui ont déclaré avoir consommé des drogues au cours du mois précédent ont enregistré un taux global cinq fois plus élevé de « victimisation avec violence », y compris agression sexuelle et physique, que celui des femmes qui n'ont pas déclaré avoir consommé de drogues. ⁵³ Les femmes autochtones qui consomment de la drogue connaissent également des taux disproportionnés de violence fondée sur le genre, enracinée dans le racisme et les effets historiques et intergénérationnels dévastateurs de la colonisation. ⁵⁴

À son tour, la violence peut conduire à des pratiques qui augmentent les préjudices liés aux drogues et créent des obstacles aux soins. 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. ⁵⁵ Les déséquilibres de pouvoir et la menace de violence dans les relations intimes peuvent rendre difficiles, 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. ⁵⁶ Les partenaires intimes, par exemple, peuvent perpétuer la violence s'ils apprennent que les femmes consomment des drogues, ou interdire à celles-ci de se rendre dans des services de santé ou d'amorcer un traitement de la toxicomanie. Certaines femmes qui souhaitent suivre un traitement peuvent se sentir obligées de quitter un partenaire violent. Même sans cette opposition, si le partenaire continue à consommer des drogues, il peut être difficile pour une femme d'arrêter ou de réduire sa propre consommation. ⁵⁷

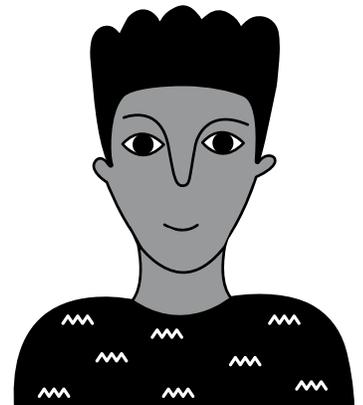
Les femmes et personnes de genres divers qui consomment des drogues et vendent des services sexuels ont également un risque accru de subir des violences de la part de l'État et d'autres personnes de la communauté. ⁵⁸ En particulier, les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des drogues et pratiquent le commerce du sexe dans la rue sont soumises à une lourde surveillance policière et rencontrent des taux élevés de violence et d'exploitation, qui sont susceptibles d'atténuer l'impact des efforts de réduction des méfaits et de prévention du VIH. ⁵⁹ Dans une étude de 2017 auprès de personnes trans de l'Ontario, par exemple, des antécédents d'agression transphobe, d'itinérance ou de sous-logement et de travail du sexe ont été associés à une plus grande consommation de drogues. ⁶⁰ Ces méfaits ne sont pas intrinsèques au travail du sexe ou à la consommation de drogues, mais sont dus à de multiples déterminants structurels de la santé – principalement la criminalisation et l'environnement juridique répressif plus large auquel sont confrontées les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des drogues et vendent ou échangent des services sexuels. ⁶¹

Dans une étude canadienne, les FSF qui consomment de la drogue étaient également plus susceptibles de signaler des actes de violence, y compris des violences sexuelles, en comparaison avec les autres personnes consommant des drogues.⁶² Dans cette étude, les FSF consommatrices de drogues étaient significativement plus susceptibles de déclarer avoir été attaquées par des étrangers, des connaissances, des policiers et des gardiens de sécurité, et considérablement plus susceptibles de déclarer avoir été battues et étranglées que les femmes qui n'ont pas déclaré avoir eu des relations sexuelles avec des femmes.⁶³ Les chercheur-es ont fait remarquer : « Les FSF vivent dans des contextes aux cultures et pratiques homophobes et hétérosexistes. Par conséquent, elles peuvent être plus vulnérables à la violence en raison d'une stigmatisation, de politiques et de pratiques homophobes et hétérosexistes, comme le fait d'être renvoyées d'un centre d'hébergement en raison de leurs activités sexuelles ». ⁶⁴

L'impact de la stigmatisation, de la misogynie, de la violence et du traumatisme

Selon l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), les femmes touchées par la toxicomanie sont plus stigmatisées que les hommes et plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé mentale concomitants.⁶⁵ Des universitaires canadiens ont observé que les femmes qui consomment des drogues criminalisées « sont depuis longtemps vilipendées comme étant plus déviantes que les hommes qui consomment des drogues similaires » – cependant, « avant les années 1990, la condamnation morale des femmes n'a pas conduit à une augmentation des services; au contraire, les expériences des femmes restaient largement invisibles et laissées pour compte ». ⁶⁶ Une telle stigmatisation alimente la réglementation des femmes, en particulier des femmes pauvres, autochtones et racisées, et recoupe « la réglementation de la sexualité, de la reproduction, de la maternité et de la consommation de drogues ». ⁶⁷ Les femmes et les personnes de genres divers qui travaillent dans l'industrie du sexe sont également confrontées à une stigmatisation supplémentaire. Plusieurs études ont identifié la stigmatisation comme un obstacle important à l'accès aux soins de santé et au traitement de la toxicomanie pour les personnes qui consomment des drogues. Des jugements, attitudes et opinions hostiles ou antipathiques venant de professionnel-les de la santé sont susceptibles de décourager des personnes ayant des problèmes liés à la drogue d'accéder aux services. ⁶⁸ La stigmatisation à laquelle sont confrontées les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des drogues peut également se refléter dans leurs interactions avec les intervenant-es de services sociaux, y compris les autorités de protection de l'enfance. En conséquence, de nombreux parents qui consomment des drogues sont confrontés à la menace très réelle de se faire retirer la garde de leurs enfants à cause de leur consommation de drogues ⁶⁹ – une source profonde de stress qui peut contribuer à des problèmes de santé mentale et les dissuader de recourir à du soutien. ⁷⁰

Tandis qu'une enquête canadienne de 2012 sur la santé mentale a indiqué que des proportions similaires de femmes et d'hommes s'identifiaient comme ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances, ⁷¹ certaines données suggèrent que les femmes pourraient être plus susceptibles de s'adonner à la consommation de substances comme moyen de faire face à des impacts liés à des traumatismes, à des abus et à la violence. ⁷² 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 vécu. ⁷³ Trop souvent, cependant, on n'accorde que peu d'attention, voire aucune, à la violence systémique et aux problèmes sous-jacents qui contribuent aux troubles de santé mentale chez les femmes et personnes de genres divers qui consomment des drogues. Dans une étude auprès de femmes consommant du crack à Vancouver, par exemple, des participantes ont indiqué que les professionnel-les des soins de santé se concentraient sur la consommation problématique de drogues en n'accordant qu'une attention minimale à leurs problèmes de santé mentale sous-jacents et à d'autres facteurs, notamment la dépression et la souffrance liée à la violence qui a contribué à la consommation de crack. ⁷⁴ 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. ⁷⁵ Comme l'a signalé l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, « pour de nombreux Autochtones ayant subi des traumatismes et de la violence, la consommation d'alcool et de drogue est l'un des seuls moyens de gérer la douleur, les souffrances, la honte et le désespoir considérables qu'ils ressentent quand, de façon générale, les systèmes et les institutions ne sont pas en mesure de leur offrir d'autres formes de soutien significatif et adéquat. » ⁷⁶



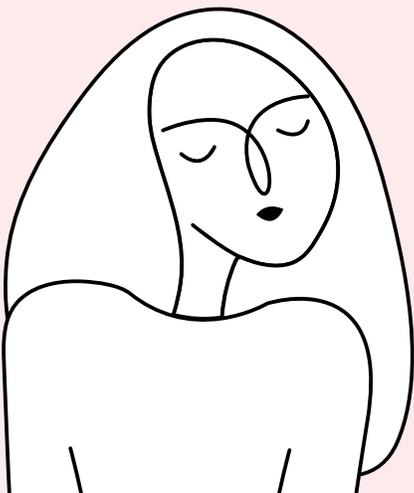
Lois et politiques affectant les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des drogues

Dans l'ensemble, les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des drogues sont touchées de manière disproportionnée par la stigmatisation, sont plus susceptibles d'avoir vécu de la violence fondée sur le genre, y compris de la part de partenaires intimes et des forces de l'ordre, et sont plus susceptibles que les hommes de consommer des drogues pour faire face à des problèmes de santé mentale pouvant découler de la stigmatisation, de la violence fondée sur le genre, de traumatismes, du colonialisme et d'autres formes de violence systémique. En outre, comme nous le verrons plus loin, un certain nombre de lois, de politiques et de pratiques répressives affectent de manière disproportionnée les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des drogues, ce qui entrave encore plus leur accès aux services de santé et contribue à des risques associés aux drogues.⁷⁷ Il est essentiel de comprendre ces défis spécifiques au genre et de les prendre en compte afin de garantir l'accès réel des femmes et des personnes de genres divers à des services vitaux de réduction des méfaits et à d'autres services de santé, et de respecter leur droit à la santé.

i. Lois sur les drogues

L'impact des politiques punitives en matière de drogues ne cesse d'impacter les femmes, et le taux d'incarcération des femmes – en particulier pour les minorités raciales, ethniques, religieuses et sexuelles – est [en train] d'atteindre des seuils sans précéd[e]nt.⁷⁸

— Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la question des drogues, *Déclaration des femmes pour des politiques internationales en matière de drogues qui supportent les femmes, les enfants et les familles*, 2016



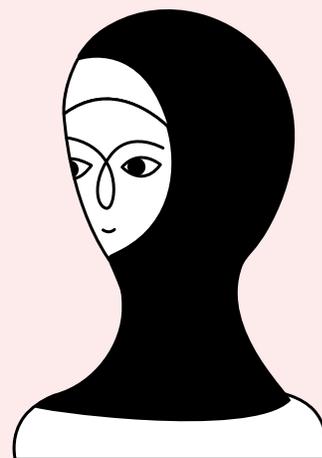
Au Canada, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDAS) interdit la possession, l'importation, l'exportation, le trafic ou la production de toute « substance désignée », ce qui comprend notamment les cannabinoïdes synthétiques, les opioïdes, la cocaïne, la méthamphétamine et les barbituriques. 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,⁷⁹ 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.⁸⁰ L'importation, l'exportation ou la production d'une substance désignée peut également exposer une personne à des peines minimales obligatoires, pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement à vie, selon divers facteurs comme le type de substance et sa quantité.⁸¹ Fait à noter, 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.⁸²

Des peines minimales obligatoires pour les infractions liées à la drogue ont été introduites pour la première fois en 2012, lorsque le gouvernement fédéral a adopté la *Loi sur la sécurité des rues et des communautés*.⁸³ Cette loi visait prétendument à ne cibler que les trafiquants de drogues, tout en offrant des alternatives à l'incarcération pour les personnes aux prises avec une consommation problématique de drogues – notamment par l'expansion des tribunaux de traitement de la toxicomanie (TTT). Mais la réalité est que le fardeau d'une application plus stricte de la loi pèse le plus lourdement sur les personnes dépendantes de la drogue, notamment les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des drogues et s'engagent dans le commerce à petite échelle.⁸⁴ Des études ont montré que parmi les consommateurs(-trice)s de drogues les plus vulnérables, les personnes vivant dans la rue, nombreuses sont celles qui se livrent à des tâches de bas échelon, comme transporter des drogues ou orienter les acheteur(-euse)s vers les revendeur(-euse)s.⁸⁵ En 2002, le ministère de la Justice a examiné les données concernant les peines minimales obligatoires et a conclu que c'est « à l'égard des infractions liées à la drogue [qu'elles] semblent le moins efficaces », et qu'elles « ne semblent influencer sur la consommation de drogue ou la criminalité liée à la drogue en aucune façon mesurable ».⁸⁶

Les propres études de Justice Canada ont également montré que les TTT présentent de sérieux problèmes d'accessibilité, notamment l'incapacité de ces tribunaux à faire participer les femmes, les Autochtones, les travailleuse(-eur)s du sexe, les personnes de minorités racisées et les jeunes, ainsi que des difficultés à les retenir une fois qu'ils/elles y sont admis-es.⁸⁷ Les évaluations des TTT ont révélé que, par rapport aux hommes, les femmes participantes connaissent des degrés plus élevés de pauvreté et de maladie mentale et sont plus susceptibles d'avoir des enfants et des responsabilités familiales, ce qui entrave leur capacité à terminer le programme; en particulier, le manque de logement approprié est un facteur majeur de l'abandon du programme par des femmes.⁸⁸ Pourtant, de nombreux TTT excluent les femmes et ne disposent pas de programmes offrant un logement adéquat ou des services de garde d'enfants pour les femmes, ce qui constitue un obstacle supplémentaire à leur accès.⁸⁹ D'un point de vue plus général, les caractéristiques coercitives du système des TTT – qui exigent généralement des demandeur(-euse)s qu'ils ou elles plaident coupable aux accusations portées à leur endroit et acceptent de se conformer à diverses conditions de mise en liberté sous caution et à un programme de traitement rigoureux – ont pour conséquence d'empiéter sur la sphère du traitement de la toxicomanie et peuvent contourner les protections judiciaires des défendeur(-resses)s au point de miner les besoins en matière de santé et de porter atteinte aux droits humains.⁹⁰

Par ailleurs, l'extension des services *volontaires* de santé et de réduction des méfaits pour les personnes consommant des drogues implique des obstacles juridiques inutiles. La possession non autorisée d'une substance contrôlée étant un crime, les fournisseur(-euse)s de services aux personnes qui consomment des drogues doivent demander une exemption fédérale afin de les protéger contre des poursuites dans les cas où ils/elles pourraient être appelé-es à fournir des soins et des services en rapport avec une substance contrôlée. En vertu de la LRCDAS, une exemption des lois fédérales sur les drogues peut être accordée par le Cabinet fédéral (c'est-à-dire le « gouverneur en conseil ») (art. 55(1)(z)) ou le ministre fédéral de la Santé « à des fins médicales ou scientifiques » ou « autrement dans l'intérêt public » (art. 56).⁹¹ Jusqu'en 2018, par exemple, les praticien(-nes) étaient tenu(-es) d'obtenir une exemption en vertu de l'article 56(1) de la LRCDAS avant de pouvoir prescrire et administrer de la méthadone.⁹² Et les services de consommation supervisée, où des personnes peuvent consommer des drogues dans un environnement sûr et hygiénique avec du matériel stérile sous la supervision d'un personnel ou de bénévoles formés, fonctionnent en vertu d'une exemption aux lois fédérales sur les drogues, accordée par le ministre fédéral de la Santé au cas par cas « à des fins médicales » (art. 56.1) afin de protéger les client(-es) et le personnel contre les poursuites.⁹³ Les obstacles importants à l'obtention d'une exemption fédérale ont retardé l'ouverture de services de consommation supervisée dans tout le pays et ont entravé la réponse à la crise des surdoses.⁹⁴

Comme les hommes constituent la majorité des personnes accusées d'infractions liées à la drogue (81,8 % contre 18,2 %), les effets de l'interdiction des drogues sur les femmes et les personnes de genres divers sont largement ignorés.⁹⁵ Cependant, les lois pénales sur les drogues affectent de multiples façons les personnes qui consomment des drogues, au-delà de l'arrestation et de l'incarcération. Comme l'ont souligné le Women and Harm Reduction International Network et l'organisme TalkingDrugs : « Parce que la guerre contre les drogues est alimentée par le système de justice pénale, des personnes de tous les sexes sont confrontées à la violence et au harcèlement des forces de l'ordre en rapport avec la consommation de drogues dans leur vie quotidienne. »⁹⁶ La surveillance, le harcèlement, l'intimidation par la police, et dans certains cas sa simple présence ou la menace d'une surveillance policière à proximité des personnes qui consomment des drogues ou des services de santé, ont été documentés comme des facteurs qui forcent les personnes à accélérer les injections et à s'engager dans des pratiques d'injection plus risquées. Il a également été démontré que ces facteurs déplacent les marchés de la drogue et les activités de consommation, affectant négativement l'accès à la réduction des méfaits et aux autres services de santé et exposant les personnes qui consomment des drogues à de grands risques de préjudices et de violence.⁹⁷ La police peut également cibler les femmes en les menaçant de dire à leur partenaire ou à d'autres personnes de leur communauté qu'elles sont des informatrices, pour les contraindre à divulguer des informations sur des infractions pénales présumées.⁹⁸ Dans une étude sur les femmes qui consomment du crack à Vancouver, éviter la police était une préoccupation majeure; les femmes qui étaient obligées de fumer à l'extérieur à cause d'un logement instable cherchaient à réduire le risque d'attention policière et d'éventuelles accusations criminelles en choisissant de ne pas transporter leur propre matériel d'inhalation (ce qui augmentait la probabilité de devoir partager l'équipement) et en consommant de la drogue dans les ruelles, où elles étaient vulnérables au viol et aux agressions sexuelles.⁹⁹ Des recherches réalisées à Vancouver ont également démontré qu'un nombre important de personnes qui consomment des drogues sont détenues par la police sans être arrêtées. Nombre d'entre elles déclarent également que la police leur confisque leur drogue ou leur matériel de réduction des méfaits, ce qui les oblige à acheter d'autres drogues et à partager leur matériel de réduction des méfaits.¹⁰⁰



Parmi toutes les accusations en matière de drogues, la proportion la plus élevée (29 %) était celle des femmes accusées d'infractions d'importation/exportation – qui emportent des peines minimales obligatoires; les infractions de possession étant les moins nombreuses (17 %).¹⁰¹ Une étude de 2009 sur les femmes purgeant une peine fédérale (c'est-à-dire une peine de prison de deux ans ou plus) pour une infraction liée à la drogue a indiqué qu'environ 35 % d'entre elles étaient incarcérées pour une infraction d'importation/exportation de drogue, 60 % pour une infraction de trafic et 4 % pour une infraction de simple possession.¹⁰² En outre, une plus grande proportion de femmes purgeant une peine fédérale pour une infraction liée à la drogue (par rapport aux autres infractions) étaient noires, en particulier en ce qui concerne l'importation/exportation de drogues.¹⁰³ Comme l'a noté l'enquêteur correctionnel du Canada en 2017, 54 % des femmes noires incarcérées dans des prisons fédérales purgeaient des peines pour des infractions liées à la drogue,¹⁰⁴ dont un grand nombre avaient transporté de la drogue aux frontières afin d'alléger leur situation de pauvreté, y compris certaines qui ont déclaré avoir été contraintes à ces activités par des menaces de violence à leurs enfants et/ou à leur famille.¹⁰⁵

Au cours des récentes décennies, la proportion de femmes purgeant une peine de ressort fédéral au Canada pour un crime lié aux drogues a connu une augmentation considérable.¹⁰⁶ Tandis qu'en 1981, seulement 16 % des détenues de ressort fédéral purgeaient une peine pour un crime lié aux drogues, cette proportion avait augmenté à environ 28 % (soit une augmentation de l'ordre de 175 %) en 2007.¹⁰⁷ En 2016-2017, 30,2 % des détenues de ressort fédéral purgeaient une peine pour des « infractions graves relatives aux drogues et les complots en vue de commettre de telles infractions » (c.-à-d. trafic, importation ou exportation, production¹⁰⁸) en comparaison avec 17,5 % parmi les hommes.¹⁰⁹ Selon l'enquêteur correctionnel du Canada, les femmes purgeant une peine de ressort fédéral sont deux fois plus susceptibles que leurs homologues de sexe masculin de purger une peine pour une infraction liée aux drogues,¹¹⁰ et les femmes autochtones et noires en sont plus susceptibles que les femmes blanches.¹¹¹ À l'échelle mondiale, également, une proportion plus élevée de femmes (35 %) que d'hommes (17 %) sont en prison pour des délits liés aux drogues.¹¹²

Nous en parlons plus loin, l'incarcération comporte des risques additionnels pour la santé des femmes et des personnes de genres divers qui consomment des drogues puisqu'elles n'ont pas accès à des mesures de santé et de réduction des méfaits équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la communauté. De nombreuses études ont montré que l'incarcération est associée, pour les personnes qui s'injectent des drogues, à des risques accrus de contracter le VIH et le VHC.¹¹³ De plus, une étude de 2019 auprès de femmes vivant avec le VIH (et dont 72 % avaient déclaré avoir récemment consommé des drogues) a constaté que l'incarcération récente était associée à de moindres chances d'avoir une charge virale supprimée.¹¹⁴

ii. Lois sur le travail du sexe

Des dispositions pénales spécifiques au travail du sexe interdisent à quiconque de faire 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.¹¹⁵ D'autres infractions spécifiques au travail du sexe interdisent de plus à toute personne d'acheter des services sexuels,¹¹⁶ d'en tirer un avantage matériel,¹¹⁷ de procurer des services sexuels¹¹⁸ et d'en faire la publicité,¹¹⁹ 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.¹²⁰ 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, incluant les chauffeurs, gardiens de sécurité, agents de réservation, webmestres, propriétaires d'entreprises et réceptionnistes d'agences de services (p. ex., les agences d'escortes) ou d'établissements de services (c.-à-d. les lieux résidentiels ou commerciaux où travaillent des travailleuse(-eur)s du sexe, comme les salons de massage). Par ailleurs, 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, et le fait de pratiquer le commerce du sexe peut entraîner l'expulsion du pays.¹²¹

La criminalisation du travail du sexe et de la possession de drogues soumet les travailleuse(-eur)s du sexe qui consomment des drogues à de multiples niveaux de marginalisation venant des effets combinés de la criminalisation, de la stigmatisation et de la discrimination.¹²² Comme l'a signalé une chercheuse : « La stigmatisation et la criminalisation combinées du travail du sexe et de la possession de drogues augmentent l'incidence de la violence à l'encontre des travailleuse(-eur)s du sexe qui consomment des drogues. »¹²³ Le travail du sexe et la consommation de drogues étant tous deux criminalisés, des auteurs de violences – y compris des individus qui se font passer pour des clients, des membres du public et des agents des forces de l'ordre – ont souvent le sentiment de pouvoir agir en toute impunité, car les travailleuse(-eur)s du sexe qui consomment des drogues sont peu susceptibles de signaler des actes de violence et des abus.¹²⁴ Selon le Global Network of Sex Work Projects et l'International Network of People who Use Drugs, les travailleuse(-eur)s du sexe qui consomment des drogues sont victimes d'un harcèlement et d'abus policiers importants, notamment des fouilles à nu, des examens des cavités corporelles, des arrestations et la détention/emprisonnement. En outre, les travailleuse(-eur)s du sexe qui consomment des drogues et qui sont soupçonné-es de vendre des services sexuels et/ou de consommer des drogues « sont identifiés par le biais de stéréotypes racistes, misogynes et de classe » – les personnes de communautés racisées et transgenres étant profilées de manière disproportionnée.¹²⁵

Des lois et des pratiques répressives entravent donc, pour les travailleuse(-eur)s du sexe qui consomment des drogues, l'accès à la réduction des méfaits et à d'autres services de soins de santé ainsi qu'à d'autres mesures de soutien, ce qui accroît leur risque de contracter le VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang.¹²⁶ Par exemple, des études auprès de femmes de Vancouver qui consomment des drogues et se livrent au commerce du sexe dans la rue ont révélé qu'elles sont soumises à une lourde surveillance policière et à des taux élevés de violence et d'exploitation qui atténuent probablement l'impact positif des efforts de réduction des méfaits et qui exposent ces femmes à de nombreux préjudices sanitaires et liés à la drogue.¹²⁷ Les conséquences des lois et des pratiques répressives sur la santé des femmes qui consomment des drogues et vendent des services sexuels dans la rue sont sévères. Une étude réalisée en 2016 auprès de travailleuse(-eur)s du sexe qui s'injectent des drogues à Vancouver a révélé des taux élevés d'infection à VIH liée à des habitudes de consommation de drogues et à d'autres facteurs structurels (plutôt qu'aux risques sexuels), et a appelé à un accès accru aux programmes de réduction des méfaits et au traitement de la toxicomanie.¹²⁸ Dans une étude réalisée à Toronto en 2014 auprès de travailleuses du sexe de la rue, dont 94 % ont déclaré consommer des drogues, 65 % des répondantes ont estimé que leur état de santé se situait entre passable et très mauvais, contre 9,5 % des résident-es de Toronto; 44 % n'avaient pas de médecin attitré, contre seulement 7 % dans la population générale de Toronto.¹²⁹

iii. Lois sur la protection de l'enfance

*Des informations fausses et stigmatisantes, concernant les risques relatifs de dommages liés à la consommation de drogues par les femmes enceintes, la capacité parentale de ces femmes et la santé et la sécurité de leurs enfants, sont utilisées pour justifier le fait d'empêcher certaines femmes de devenir enceintes ou de s'occuper de leurs enfants.*¹³⁰

Bien que des recherches aient démontré que la consommation de drogues chez les femmes atteint son maximum pendant les années de fertilité,¹³¹ les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des drogues sont négligées dans la fourniture de soins de santé sexuelle et génésique.¹³² Une revue systématique de la littérature scientifique sur l'utilisation globale de la contraception chez les femmes consommant des opioïdes et d'autres substances a révélé qu'elles ont un besoin non satisfait en matière de contraception.¹³³ Dans une étude auprès de femmes s'injectant des drogues à Vancouver, seulement 5 % des participantes ont déclaré utiliser des contraceptifs hormonaux, principalement en raison de la difficulté d'accès aux services de santé et de difficultés financières, ainsi que de leur croyance erronée que leur consommation de drogues les empêcherait d'avoir une grossesse.¹³⁴ Dans les communautés rurales, isolées et autochtones, l'accès aux soins de santé sexuelle et génésique est encore plus difficile. En conséquence, des chercheur-es ont constaté que les taux de grossesse non planifiée sont plus élevés parmi les femmes qui consomment des drogues que parmi les femmes qui n'en consomment pas.¹³⁵ Dans une enquête nationale réalisée en 2009, près de 7 % (6,7 %) des femmes au Canada ont déclaré avoir consommé

des drogues illégales au cours des trois mois précédant leur grossesse et 1 % ont déclaré en avoir consommé pendant leur grossesse.¹³⁶ Selon une étude plus récente, le nombre de nourrissons nés en Ontario de femmes ayant reçu un diagnostic de dépendance aux opioïdes (incluant des opioïdes d'ordonnance et en vente libre) s'est multiplié par 16 entre 2002 et 2014.¹³⁷

Parmi les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des drogues et qui sont enceintes et/ou ont des enfants, les lois sur la protection de l'enfance et la manière dont elles ont été interprétées et appliquées par les services sociaux et les prestataires de soins de santé constituent une source de préoccupation et de crainte majeures avec des impacts négatifs sur le bien-être des parents ainsi que sur leur accès aux soins de santé. De nombreuses études ont démontré que la menace très réelle de l'implication des services de protection de l'enfance et du retrait de leurs enfants est l'un des plus grands obstacles pour les personnes enceintes et les parents lorsqu'ils envisagent d'accéder à des services de réduction des méfaits, à un traitement de la toxicomanie et à des soins pré- et postnataux.¹³⁸ La privation résultante de soins prénatals et d'autres services, pour les femmes enceintes consommant des drogues, signifie qu'elles sont plus susceptibles d'avoir une fausse couche ou d'accoucher prématurément et d'avoir des bébés de faible poids à la naissance, moins susceptibles d'avoir accès à des services de réduction des méfaits et d'utiliser du matériel stérile pour la consommation de drogues, moins susceptibles d'avoir accès à des programmes de traitement volontaire de la toxicomanie et à des interventions pour prévenir la transmission verticale du VIH, et plus susceptibles de se voir retirer la garde de leurs enfants.¹³⁹

Au Canada, 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.)*.¹⁴⁰ Dans cette affaire, qui concernait une jeune femme autochtone enceinte qui consommait de la drogue, la Cour suprême a estimé que le droit canadien ne reconnaît pas le fœtus comme une personne morale possédant des droits; un tribunal n'a donc pas le pouvoir, y compris dans le cadre de sa compétence *parens patriae* (c'est-à-dire le pouvoir du tribunal d'agir à la place d'un parent pour la protection d'un enfant), d'ordonner la détention et le traitement d'une personne enceinte dans le but de prévenir un préjudice au fœtus.¹⁴¹ Comme l'a noté la Cour, citant la Commission royale sur les nouvelles techniques reproductives,

« [D]u point de vue des femmes, considérer les intérêts du fœtus séparément de ceux de la mère risque de créer des conflits susceptibles d'avoir des conséquences néfastes sur son autonomie et son intégrité physique, ainsi que sur ses relations avec son partenaire et avec son médecin. L'intervention judiciaire exacerbe inévitablement les situations de crise et de conflits plutôt que de les prévenir par le soutien et les soins nécessaires. En outre, elle fait fi des fondements des droits de la personne, c'est-à-dire son droit à l'intégrité physique, à l'égalité, à l'intimité et à la dignité. »¹⁴²

En outre, la Cour a reconnu que le fait rendre la femme enceinte responsable du préjudice causé au fœtus par son mode de vie risquerait de dissuader les personnes ayant des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues de recourir à des soins prénatals, par crainte d'être détectées, placées en détention contre leur gré et de devoir suivre un traitement obligatoire – ou pourrait inciter à l'avortement une femme qui, autrement, poursuivrait sa grossesse.¹⁴³

Les déterminants sociaux de la santé, notamment la pauvreté et le manque d'accès à un logement et à une alimentation adéquate, ont également d'énormes répercussions sur les résultats foetaux et néonataux liés à la consommation de drogues. Outre la nécessité d'augmenter les niveaux d'aide sociale et d'améliorer l'accès au logement social et à une alimentation nutritive pour les personnes enceintes, le Women and Harm Reduction International Network et l'International Network of Women who Use Drugs ont décrit la réduction des méfaits pour les femmes enceintes comme comprenant l'accès à des informations fondées sur les données, quant à la manière de gérer la consommation de drogues pendant la grossesse, les soins prénatals, le soutien pendant le travail et l'accouchement, les conseils sur l'allaitement et le soutien postnatal.¹⁴⁴ Cela comprend, par exemple, le traitement par agonistes opioïdes (TAO) pendant la grossesse (puisque le sevrage des opioïdes pendant la grossesse peut être préjudiciable à la fois au parent porteur et au fœtus) ainsi que des programmes hospitaliers de « résidence » afin de traiter plus efficacement le syndrome d'abstinence néonatale.¹⁴⁵ Bien que l'accès aux services soit loin d'être adéquat, des chercheur-es canadien-nes ont documenté un nombre croissant de programmes et de services qui modifient leurs paradigmes de service afin d'aider les parents à réduire les méfaits associés à la consommation problématique de drogues pendant la grossesse et à conserver la garde de leurs enfants.¹⁴⁶ Certaines provinces ont également élaboré des politiques visant à améliorer l'accès des personnes enceintes au traitement de la toxicomanie, notamment en leur donnant un accès prioritaire aux programmes de TAO et en proposant des programmes de traitement spécialement conçus pour les personnes enceintes.¹⁴⁷

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. Au Canada, les gouvernements provinciaux et territoriaux sont chargés d'aider les enfants « ayant besoin de protection » par l'intermédiaire des autorités de protection de l'enfance, qui ont pour mandat de prévenir et de traiter les mauvais traitements infligés aux enfants.¹⁴⁸ Bien que la plupart de ces lois et politiques ne fassent pas spécifiquement référence à la consommation de drogues comme motif d'intervention,¹⁴⁹ il est depuis longtemps considéré que la consommation de drogues par une mère signifie qu'elle est inapte à être un bon parent;¹⁵⁰ une part importante des familles ciblées ou risquant d'être ciblées par le système de protection de l'enfance sont affectées par la consommation de drogues.¹⁵¹ Des chercheur-es ont documenté que la consommation de drogues par la mère constitue un motif fréquent de placement d'enfants hors du foyer familial; ainsi, la consommation de drogues est considérée comme l'équivalent de la négligence ou de la maltraitance, sans

que l'on examine si cette consommation a des répercussions sur les soins donnés par le parent ou sur le bien-être de l'enfant. Comme l'a conclu une étude auprès de familles autochtones qui ont eu affaire au système de protection de l'enfance : « La façon par laquelle le système de protection de l'enfance traite les aidant-es qui consomment des drogues perpétue la violence coloniale. 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. »¹⁵² Plutôt que d'appliquer les principes de réduction des méfaits, le système actuel de protection de l'enfance est axé sur l'abstinence et il pénalise les parents qui consomment des drogues, en s'appuyant sur des outils d'évaluation des risques où la consommation de substances est classée comme étant intrinsèquement risquée.¹⁵³ Ce phénomène est particulièrement répandu parmi les familles de couleur à faible revenu.¹⁵⁴

Les prestataires de services qui travaillent avec des femmes et des personnes de genres divers qui consomment des drogues attribuent cela en partie à un manque de formation concernant la consommation de drogues, chez les intervenant-es en service social à l'emploi du système de protection de l'enfance.¹⁵⁵ Pourtant, les parents ayant des problèmes de consommation de drogues sont confrontés à des obstacles au traitement de la toxicomanie et aux services de réduction des méfaits, notamment la stigmatisation de la part de fournisseur(-euse)s de soins de santé et de services sociaux, le manque de services de garde d'enfants et de programmes centrés sur les femmes et les familles, et les politiques de protection de l'enfance, y compris le « devoir de signalement » et les conséquences néfastes de l'assimilation de la consommation de drogues par un parent à une situation de négligence ou de maltraitance. Pour les parents qui consomment des drogues, ces facteurs font qu'il est difficile de révéler qu'ils ont besoin d'aide, de peur de perdre la garde de leurs enfants. Même lorsque des services sont disponibles, les interventions classiques de protection de l'enfance ne répondent pas aux traumatismes sous-jacents ou aux facteurs de santé mentale ou systémiques qui influent sur la consommation de substances.¹⁵⁶ En conséquence, de nombreux parents ne peuvent pas recourir à des services de réduction des méfaits et autres services de santé.¹⁵⁷ Les services de traitement qui fournissent du soutien aux parents sont limités, au Canada, et les parents qui sont en mesure de conserver la garde de leurs enfants se retrouvent parfois dans la situation où ils doivent les confier temporairement aux instances de protection afin d'accéder à un traitement résidentiel.¹⁵⁸

Il en résulte que les familles vivant dans la pauvreté ou avec un faible revenu ou dirigées par la mère, et les parents racisés, autochtones, et vivant avec un handicap, demeurent surreprésentés dans le système de protection de l'enfance, et que plusieurs des personnes concernées ont possiblement été elles aussi en foyer d'accueil lorsqu'elles étaient enfants.¹⁵⁹ Un échantillonnage de trois mois d'enfants de familles ayant fait l'objet d'une enquête des services de protection de l'enfance en Ontario, en 2013, a révélé que les familles autochtones et

noires sont beaucoup plus susceptibles que les familles blanches de faire l'objet d'une enquête des services de protection de l'enfance pour maltraitance ou risque de maltraitance d'enfants de 14 ans et moins.¹⁶⁰ En particulier, le système de protection de l'enfance a placé un nombre disproportionné d'enfants autochtones dans des familles d'accueil, avec de graves conséquences sur les moyens de subsistance, la santé et le bien-être de nombreux peuples autochtones,¹⁶¹ ce qui présente des ressemblances avec l'appréhension d'enfants indigènes aujourd'hui et le traumatisme et la peur liés à la « rafle des années 60 » (le retrait massif d'enfants autochtones de leurs familles pour les placer dans le système de protection de l'enfance).¹⁶² Dans une étude sur l'impact de la perte de la garde des enfants sur des femmes consommatrices de drogues à Toronto – chez lesquelles la consommation de drogues a été identifiée par presque toutes les participantes comme étant un sujet de préoccupation central pour les services de protection de l'enfance – les traumatismes et un isolement profond se sont révélés être les principaux impacts de la séparation, auxquels les femmes ont dû faire face en consommant davantage de drogues et d'alcool.¹⁶³ Cette stratégie d'adaptation a été « renforcée de manière synergique par une vulnérabilité structurelle accrue observée dans l'exposition accrue à l'instabilité du logement, à la violence du partenaire intime et à l'amorce d'une consommation de drogues par injection et du travail du sexe », dont la sévérité varie selon le positionnement social des femmes.¹⁶⁴

De nombreuses autres études ont également démontré que le retrait des enfants était associé à une déstabilisation des comportements pertinents à la santé, notamment à un risque accru de consommation de drogues par la mère ainsi qu'à une détresse mentale élevée et à une instabilité du logement.¹⁶⁵ Par ailleurs, des recherches ont conclu que les enfants gardés chez leurs parents, même dans des foyers confrontés à une adversité importante, ont souvent de meilleurs résultats sociaux que ceux placés en famille d'accueil.¹⁶⁶ Il est essentiel de s'attaquer aux obstacles importants à la collaboration avec la protection de l'enfance et du traitement de la toxicomanie afin de soutenir les parents, les enfants et leurs familles. Comme l'ont souligné des défenseurs des droits de l'enfant :

Des intervenant-es des services de protection de l'enfance et d'autres services de première ligne interprètent la consommation de drogues pendant la maternité comme étant intrinsèquement dangereuse et négligente, voire abusive. Ce n'est souvent pas le cas et, lorsqu'il existe des préoccupations légitimes, des conversations respectueuses et misant sur les points forts, la fourniture d'informations et l'orientation vers des services peuvent contribuer dans une large mesure à atténuer ou à éliminer ces préoccupations.¹⁶⁷

Pleins feux sur Motherisk

Entre 2005 et 2015, le Hospital for Sick Children de Toronto était doté du Motherisk Drug Testing Laboratory [Laboratoire de dépistage de drogues du programme Motherisk], qui testait les cheveux d'individus pour détecter la présence de drogues et d'alcool.¹⁶⁸ Au cours de cette période, le laboratoire de Motherisk a testé plus de 24 000 échantillons de cheveux provenant de plus de 16 000 personnes différentes, principalement des mères de cinq provinces, à la demande d'autorités de protection de l'enfance. Les résultats de ces tests pouvaient être utilisés comme preuve dans le cadre de procédures de protection de l'enfance pouvant entraîner la perte des droits parentaux de la personne testée.

À la suite d'une affaire très médiatisée qui a mis en doute la validité des tests de Motherisk,¹⁶⁹ le Gouvernement de l'Ontario a ordonné un examen indépendant de ce laboratoire, qui a conclu que la méthode de dépistage de drogues et d'alcool sur cheveux qu'a utilisée le laboratoire de Motherisk « était inadéquate et peu fiable dans le cadre des procédures pénales ou reliées à la protection de l'enfance et que le Laboratoire ne répondait pas aux normes internationales reconnues dans le domaine judiciaire » et, de plus, que « l'utilisation d'éléments de preuve obtenus par l'intermédiaire des tests capillaires [...] dans le cadre d'affaires de protection de l'enfance et de procédures pénales, a de graves conséquences sur l'équité de ces procédures et justifie un examen supplémentaire ». ¹⁷⁰ Il a été constaté que les femmes autochtones étaient surreprésentées dans les tests, et la Commission a noté que les femmes noires étaient également parmi les plus touchées.¹⁷¹

Les tests ont également « reflété une approche étroite de la consommation de substances, axée sur l'abstinence » [trad.] et l'on a affirmé aux femmes que l'abstinence était une condition préalable au retour de leurs enfants.¹⁷²

Comme l'ont fait remarquer des militant-es, le dépistage de drogues en tant qu'outil d'évaluation des capacités parentales est ancré dans la discrimination systémique à l'encontre des personnes qui consomment des drogues et de nombreuses personnes ont exprimé des inquiétudes quant au poids accordé à la consommation de drogues pour déterminer les compétences et capacités parentales.¹⁷³ Dans le rapport final de la Commission, la juge Beaman a conclu que le dépistage était imposé à des personnes qui comptent parmi les membres les plus pauvres et les plus vulnérables de la société, sans que l'on tienne vraiment compte de l'application régulière de la loi ou de leurs droits à la vie privée et à l'intégrité corporelle.¹⁷⁴ Des universitaires ont également souligné que la consommation de drogues et le comportement individuel (c'est-à-dire le fait de ne pas être abstinent-e), plutôt que la violence structurelle ou l'injustice raciale, étaient considérés comme le problème par les agences ontariennes de protection de l'enfance et le Motherisk Drug Testing Laboratory.¹⁷⁵ Vu les inquiétudes concernant la fiabilité des tests effectués au laboratoire de Motherisk, plusieurs provinces, dont la Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Ontario, ont imposé un moratoire sur l'utilisation des tests de dépistage de drogues et d'alcool dans les affaires de protection de l'enfance.¹⁷⁶

L'accès à la réduction des méfaits pour les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des drogues

Les lois, les politiques et les pratiques d'application de la loi qui criminalisent les activités liées à la consommation de drogues continuent de poser des obstacles systémiques à la mise à l'échelle de services de réduction des méfaits sensibles aux considérations de genre. Dans le contexte de ces obstacles structurels majeurs, l'accès aux services de réduction des méfaits au Canada reste très variable d'un ressort à l'autre.¹⁷⁷ Il manque de services sensibles au genre : de nombreux services de réduction des méfaits étant « aveugles au genre », ou plus généralement axés sur les hommes.¹⁷⁸ Les femmes et personnes de genres divers qui consomment des drogues peuvent être confrontées à des obstacles uniques aux services de réduction des méfaits, notamment la violence fondée sur le genre, le besoin de services de garde d'enfants, les préoccupations concernant l'intervention des autorités de protection de l'enfance, les traumatismes et les problèmes de santé mentale.¹⁷⁹ Les besoins des femmes, des Autochtones et des personnes racisées et LGBTQ2S sont rarement pris en compte dans les politiques provinciales ou territoriales de réduction des méfaits¹⁸⁰ et ne sont pas bien intégrés dans la planification et la mise en œuvre des programmes en la matière.¹⁸¹ Lorsque de tels services existent, leur accès est encore plus limité pour les femmes et les personnes de genres divers¹⁸² – et les services fournissant des soins culturellement sûrs et culturellement appropriés aux femmes autochtones et racisées sont encore plus rares.¹⁸³ Les données et recherches sur les femmes et les personnes de genre divers qui consomment des drogues sont peu nombreuses, mais on signale régulièrement qu'elles ont moins accès aux services de réduction des méfaits et de traitement de la toxicomanie.¹⁸⁴



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

La consommation de drogues et la violence fondée sur le genre sont intimement liées. Les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des drogues connaissent des taux élevés de violence fondée sur le genre, de violence exercée par leur partenaire intime¹⁸⁵ et de violence de la part de la police.¹⁸⁶ En Saskatchewan, une consultation provinciale d'intervenant-es des refuges pour femmes violentées (RFV) menée en 2004 a révélé qu'une proportion plus grande que jamais des femmes hébergées dans les refuges avaient « une dépendance active ou en étaient aux premiers stades de rétablissement ». ¹⁸⁷ En Ontario, en 2019, les RFV membres de l'Ontario Association of Interval and Transition Houses [Association provinciale des maisons de transition] signalaient que plus de 70 % des femmes ayant recours à leurs services consommaient également des substances et/ou avaient des troubles de santé mentale.¹⁸⁸ Dans une enquête nationale sur les RFV au Canada réalisée en 2014, 19 % des répondantes ont déclaré avoir cherché un refuge en raison d'une dépendance à la drogue ou à l'alcool.¹⁸⁹ Il est donc essentiel que les liens entre la violence et la consommation de drogues soient pris en compte lors de la planification et de la mise en œuvre des services de réduction des méfaits et que ceux-ci incluent des services d'aide aux personnes violentées ou soient reliés à de tels services.¹⁹⁰ Il est tout aussi impératif que les services qui apportent un soutien aux femmes et aux personnes de genres divers qui subissent des violences tiennent compte des besoins spécifiques des personnes qui consomment des drogues.¹⁹¹

Malgré les preuves de la coexistence de la consommation de drogues et de la violence fondée sur le genre, certains refuges hésitent à mettre en œuvre des politiques et des pratiques visant à soutenir les résidentes qui consomment des substances tout en faisant appel à leurs services¹⁹² et de nombreux membres du personnel se sentent mal outillés pour fournir du soutien concernant la consommation de substances. Comme l'indique un rapport de 2019 du Comité permanent de la Chambre des communes sur le statut de la femme :

Les politiques relatives aux refuges et aux maisons de transition empêchent souvent l'accès aux femmes qui sont aux prises avec des problèmes complexes de santé mentale et de toxicomanie, et ... les femmes peuvent hésiter à dévoiler ces problèmes lorsqu'elles ont recours à des services de refuge. Les refuges et les maisons de transition sont généralement sous-équipés pour soutenir adéquatement les femmes qui ont des problèmes complexes de santé mentale ou de toxicomanie.¹⁹³

Certains logements résidentiels, refuges et maisons de transition à l'intention des femmes violentées ont des politiques interdisant la consommation d'alcool et/ou de drogues dans leurs locaux.¹⁹⁴ Les chercheur-es qui ont étudié la situation en Ontario ont observé que « certains refuges ont hésité à intégrer des stratégies de réduction des méfaits dans leurs services de soutien aux femmes qui consomment des substances » parce qu'ils « pensent que la consommation problématique d'alcool et de drogues ne relève pas du champ d'action des services de lutte contre la violence aux femmes et est traitée plus efficacement par d'autres organismes. Dans leur processus d'admission, de nombreux refuges excluent les femmes qui consomment la plupart des types de substances ».¹⁹⁵ Les auteur-es signalent en outre que ces refuges adoptent « des approches de tolérance faible ou nulle (fondées sur l'abstinence) » qui incluent l'incapacité de retourner au refuge si la femme est visiblement en état d'ébriété, et suivent des valeurs organisationnelles qui considèrent la consommation de substances comme un obstacle aux objectifs.¹⁹⁶ Dans la même enquête de 2014 mentionnée ci-dessus, sur les 338 femmes et 201 enfants accompagnants qui ont été refusés dans des refuges, 8 % l'ont été pour des « problèmes d'alcool et de drogues ».¹⁹⁷ Selon une intervenante en matière de violence faite aux femmes en Ontario, les femmes qui consomment des drogues sont souvent inscrites sur une « liste de refus d'admission » auprès d'autres services, ce qui les laisse « sans endroit où aller ».¹⁹⁸ Comme l'a conclu l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, les politiques strictes contre la consommation de drogues dans les refuges « marginalisent encore davantage les marginalisés ».¹⁹⁹

En même temps, un certain nombre de refuges posent des obstacles majeurs aux personnes de genres divers, notamment une compréhension insuffisante ou limitée des contextes et des préoccupations qui les concernent, ce qui peut se manifester par une stigmatisation, de la discrimination et de l'hostilité de la part du personnel. Comme l'ont noté les chercheur-es, « les personnes transgenres et de genres divers ne bénéficient pas d'un accès égal à la sécurité et au soutien dans le secteur de la réponse à la violence faite aux femmes et de nombreux services de lutte contre la violence sexuelle et la violence venant du partenaire intime ne répondent pas adéquatement aux besoins spécifiques des personnes transgenres et de genres divers qui sont violentées. En conséquence, ces personnes s'abstiennent souvent de déclarer ce type de violence, ou risquent de rencontrer de la discrimination et de vivre de nouveaux traumatismes si elles le font ».²⁰⁰ Ces obstacles sont sans aucun doute aggravés pour les personnes de genres divers qui consomment des drogues.

Il est encourageant de constater que l'Ontario a élaboré des normes pour les refuges pour femmes violentées stipulant que toutes les femmes (« qu'elles s'identifient comme bispirituelles, cisgenres ou transgenres ») doivent être admissibles aux services des refuges, y compris celles qui consomment des substances, ce qui signifie que les politiques fondées sur l'abstinence et prévoyant de refuser l'accès aux refuges aux personnes qui consomment des drogues ne sont plus autorisées.²⁰¹ Cependant, ces normes ne décrivent pas ou ne recommandent pas d'approches et de techniques efficaces pour servir les clientes qui consomment des substances, comme

la prestation de programmes d'aiguilles et de seringues, la formation à la naloxone et l'offre de trousse de naloxone sur place, de programmes de distribution gérés, ou d'un espace sûr permettant aux personnes de stocker et d'accéder à leurs fournitures facilement et de manière indépendante.²⁰² Comme l'a noté une étude : « Même lorsqu'un refuge semble être l'endroit approprié pour une femme ayant une dépendance, les employé-es du refuge ne se sentent souvent pas équipés pour répondre à ses besoins ou capables de les comprendre ».²⁰³ Des efforts doivent être faits pour recruter de nouveaux(-elles) employé-es et former le personnel nouveau et existant des refuges et des maisons de transition afin que ces intervenant-es puissent soutenir correctement les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des substances, et un financement supplémentaire est nécessaire pour soutenir ces efforts.²⁰⁴

Outre le besoin urgent de places dans les refuges, de même que de logements de transition pour les femmes et les personnes de genres divers qui fuient la violence, il existe également un besoin plus large d'une variété de logements et d'abris alternatifs dans les communautés afin de répondre aux besoins de différentes populations. Le manque de logements sûrs et abordables augmente les risques de violence et de préjudices; et les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des drogues devraient avoir accès à un logement et à un abri sans limitations en lien avec leur consommation de drogues.

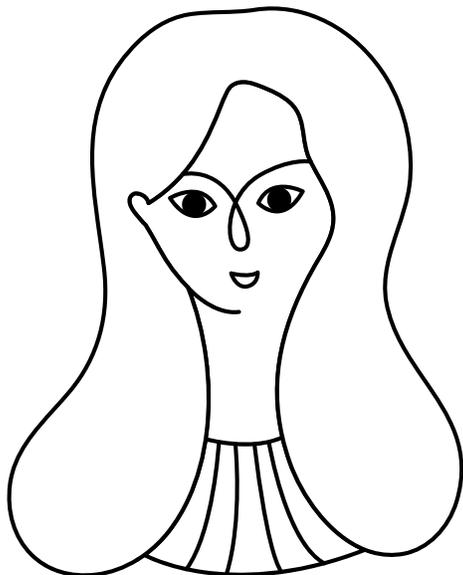
Programmes de réduction des méfaits sensibles au genre : point de mire sur les services de consommation supervisée

Certaines interventions de réduction des méfaits peuvent agir comme « une forme d'intervention micro-environnementale » pouvant atténuer les risques de violence pour les femmes marginalisées et les personnes de genres divers qui consomment des drogues. Les services de consommation supervisée (SCS) peuvent offrir un refuge contre diverses formes de violence que des femmes et des personnes de sexe différent peuvent rencontrer dans la rue.²⁰⁵ Comme indiqué ci-dessus, les SCS fonctionnent en vertu d'une exemption fédérale de l'interdiction pénale de possession non autorisée d'une substance contrôlée; mais, fait frappant, les client-es et le personnel peuvent demeurer exposés au risque de poursuites pour trafic en vertu de l'article 5 de la LRCDas en ce qui concerne des activités telles que l'injection assistée et le partage de drogues, étant donné la définition large de cette infraction, à moins qu'une exemption ne couvre également ces activités.²⁰⁶

On a 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.²⁰⁷ Cependant, les recherches sur InSite – l'un des premiers SCS au Canada – ont également montré que certaines personnes ne peuvent pas accéder à l'établissement en raison de la perception de menaces de violence dans les environs.²⁰⁸ Les règles interdisant l'injection assistée dans les services de SCS peuvent également exposer les femmes à un risque plus élevé, en leur refusant l'accès à

un espace surveillé où une réponse rapide aux surdoses est disponible.²⁰⁹ Ces conclusions confirment le besoin exprimé par les chercheurs, les fournisseur(-euse)s de services et les personnes qui consomment des drogues au Canada d'un large éventail de services, y compris des SCS sensibles au genre.²¹⁰

Des programmes sensibles au genre, en matière de réduction des méfaits, nécessitent l'intégration de services de santé sexuelle et génésique (comme les tests de grossesse et d'autres ressources); la mise en place de services souples et à bas seuil, adaptés aux femmes et aux personnes de genres divers et accessibles aux personnes ayant des enfants, avec l'assurance que leur consommation de substances ne sera pas en soi une raison de les signaler aux autorités de protection de l'enfance; de même que la création de liens entre les services de réduction des méfaits, les programmes de traitement de la toxicomanie, les refuges et les services de prévention de la violence.²¹¹ Ces services doivent également être culturellement adaptés et tenir compte notamment des besoins spécifiques des FSF, des femmes transgenres, des personnes de genres divers, des femmes autochtones et autres femmes racisées, et des femmes handicapées.²¹² Dans une étude d'évaluation de SCS à Toronto et à Ottawa, les femmes qui consomment des drogues ont été plus favorables que les hommes à l'offre de services multiples dans les SCS, notamment des heures réservées aux femmes, des services d'hygiène, des conseils en matière de drogues, l'accès à la morphine ou à la méthadone prescrite, le soutien d'autres personnes ayant une expérience de la consommation de drogues, des services de travailleur-es sociaux(-ales), les douches et le personnel autochtone.²¹³ Abondant dans le même sens, l'International Network of Women Who Use Drugs a décrit certains éléments clés qui rendraient les services de réduction des méfaits plus faciles d'accès pour les femmes qui consomment des drogues; en particulier :



- Veiller à ce que du personnel féminin soit disponible, ou que des programmes d'échange de seringues et d'aiguilles ainsi que des services d'éducation à la prévention des surdoses soient accessibles aux femmes là où elles vivent, grâce à un travail de proximité mobile ou à l'engagement d'autres personnes qui consomment des drogues;
- Établir des heures réservées aux femmes et fournir des services de garde d'enfants et d'autres services et fournitures spécifiques aux parents;
- Fournir des soins gynécologiques de routine de qualité comme le traitement des ITS, l'accès à la contraception et les examens gynécologiques dans les sites de réduction des méfaits;
- Faciliter pour les femmes l'accès aux services de réduction des méfaits, notamment en éliminant les listes d'attente pour le traitement de la toxicomanie et en garantissant des doses de traitement par agonistes opioïdes (TAO) à emporter chez soi;
- Fournir un refuge et d'autres services qui atténuent les effets de la violence, de l'absence de domicile fixe ou d'autres difficultés aux femmes qui consomment des drogues, sans exiger l'abstinence ou la sobriété.²¹⁴

À l'heure où le Canada connaît une crise des surdoses qui est dévastatrice, une attention particulière doit être accordée à l'accès des femmes aux SCS. Cela est d'autant plus urgent que des recherches ont révélé que les opioïdes frelatés au moyen de fentanyl exacerbent simultanément la vulnérabilité des femmes aux surdoses et aux violences physiques et sexuelles.²¹⁵ Dans une étude, des femmes fréquentant des SCS à bas seuil ou des « sites de prévention des surdoses » (SPS) à Vancouver ont déclaré avoir été la cible de prédateurs qui ont profité de leur perte de conscience pour les agresser ou les voler.²¹⁶ Même face à une épidémie de surdoses, les discussions des femmes sur la sécurité et sur leurs raisons de recourir à des SPS ont continué à se concentrer sur la nécessité de se protéger contre la violence – les préoccupations en matière de sécurité étant plus importantes pour les répondantes sans abri et mal logées, dont beaucoup étaient autochtones.²¹⁷ Cependant, comme les SPS sont mixtes et plus fréquentés par des hommes, les participantes (et en particulier les femmes autochtones) sont encore régulièrement harcelées et craignent que la violence ne les empêche d'accéder aux sites.²¹⁸ La création de services réservés aux femmes a été identifiée comme un besoin par les répondantes à cette étude, bien qu'elles étaient d'avis que de tels sites seraient un « luxe ».²¹⁹

Pleins feux sur SisterSpace

SisterSpace est le premier et le seul SPS au Canada dédié aux femmes, y compris « les femmes trans, les femmes *genderqueer* et les personnes non binaires qui s'identifient de façon importante comme femmes ». Situé dans le Downtown Eastside de Vancouver, ce site a ouvert ses portes en 2017 et est géré par l'Atira Women's Resource Society en partenariat avec l'autorité sanitaire Vancouver Coastal, la Ville de Vancouver, B.C. Housing, le B.C. Women's Hospital et la Provincial Health Services Authority. En plus de services d'injection supervisée et de prévention des surdoses, SisterSpace offre des services de soins primaires tels que la gestion de maladies chroniques, les tests de grossesse, le dépistage et le traitement des infections transmissibles sexuellement ainsi que des services d'aide au logement, de défense juridique, d'alimentation et d'autres services connexes.²²⁰ Atira est un organisme qui fournit également des services de soins aux familles, des programmes de sensibilisation pour les femmes sans abri et des conseils en matière de violence.²²¹ Les rapports de « mauvais clients » d'un programme qui s'adresse aux travailleuses du sexe sont également affichés sur le mur de SisterSpace.²²² Plus important encore, SisterSpace offre un soutien social et émotionnel ainsi qu'une sécurité physique et émotionnelle.²²³ Les services sont sensibles aux traumatismes et à l'expérience de violence, ce qui signifie que le personnel reconnaît dans sa pratique quotidienne la relation entre les expériences de violence des femmes et leur consommation de substances. L'intégration des services a été identifiée comme un moyen nécessaire pour accroître l'impact du programme.²²⁴

Entre mai 2017 et juillet 2018, SisterSpace a enregistré plus de 16 000 visites.²²⁵ Le site est ouvert de 6 heures à midi et de 18 heures à minuit; ces horaires élargis ont été conçus pour mieux répondre aux besoins des femmes qui travaillent dans l'industrie du sexe et d'autres femmes de la communauté qui recherchent un espace réservé aux femmes et offert toute la nuit.²²⁶ Afin de rendre SisterSpace aussi accessible que possible, il n'y a pas de zone assignée à la consommation de substances et des « lignes directrices » plutôt que des « règles » ont été conçues par des intervenant-es (des personnes ayant une expérience vécue de la consommation de drogues) pour structurer les interactions sur le site sans créer de barrières pour les femmes.²²⁷ Dans une enquête réalisée en 2017 auprès des femmes accédant à SisterSpace, 80 % des répondantes ont affirmé qu'il était très important pour elles d'avoir un site d'injection réservé aux femmes, notamment parce qu'elles ne se sentent pas nécessairement en sécurité dans des espaces où la présence d'hommes prédomine.²²⁸

Services réservés aux femmes et services pour personnes de genres divers :

Les femmes et les personnes de genres divers se heurtent souvent à des obstacles importants dans l'accès à des services mixtes, car cela peut signifier se trouver au même endroit qu'un homme qui les a violentées ou qui veut leur nuire.²²⁹ Des études montrent que, par rapport aux programmes mixtes traditionnels, les femmes qui participent à un programme de traitement de la toxicomanie réservé aux femmes ont une meilleure rétention et de meilleurs résultats de traitement.²³⁰ Cependant, dans le contexte des SCS, très peu de ces services sont réservés aux femmes. Avant l'ouverture de SisterSpace à Vancouver en 2017, il n'existait qu'un seul SCS connu pour se concentrer exclusivement sur les femmes consommant des drogues (à Hambourg, en Allemagne).²³¹

Des sites réservés aux femmes devraient être mis en place dans des lieux où il y a un nombre suffisant de femmes qui consomment des drogues et qui sont particulièrement vulnérables aux effets de la violence fondée sur le genre et des relations de pouvoir entre les sexes, selon les directives opérationnelles élaborées par le BC Centre on Substance Use.²³² SisterSpace est encore unique au Canada, mais d'autres sites ont établi des heures réservées aux femmes. Par exemple, le SPS du Regent Park Community Health Centre à Toronto est réservé le jeudi aux femmes et aux personnes trans et non binaires.²³³ Les services comprennent également le soutien de personnes ayant une expérience de la consommation de drogues, des tests de dépistage des ITS, des rapports sur les « mauvais clients » et les « mauvaises drogues » ainsi que des douches, des soins infirmiers et des soins primaires.²³⁴ La stratégie autochtone de Toronto en matière de surdoses prévoit également des SCS 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, réservés aux femmes, ainsi que des SCS dirigés par des Autochtones et réservés aux Autochtones et personnes bispirituelles.²³⁵

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 de consommation de drogues, peuvent également faciliter l'accès aux services pour les femmes et les personnes de genres divers qui sont à risque de subir de la violence.²³⁶ Ces services peuvent prendre différentes formes. Dans un bâtiment de logements assistés pour femmes, à Vancouver, 21 « Brave Buttons » ont été installés dans les chambres. Ces boutons permettent aux résidentes de demander une supervision sécuritaire de la consommation. En appuyant sur le bouton, on envoie un message texte à des intervenant-es et au personnel de l'immeuble, demandant un contrôle en personne dans les cinq minutes. Après trois minutes, un texto de rappel est envoyé et les intervenant-es peuvent répondre pour confirmer que la résidente est en sécurité.²³⁷ Des SCS mobiles peuvent également faciliter l'accès des femmes marginalisées qui peuvent se sentir mal à l'aise d'accéder à des structures existantes.²³⁸

Intervenant-es ayant une expertise vécue de la consommation de drogues et politiques adaptées

D'autres considérations importantes pour des SCS sensibles au genre comprennent l'équité entre les sexes, des politiques et une formation du personnel sur la violence fondée sur le genre ainsi que des codes de conduite pour les client-es.²³⁹ Il est également extrêmement important d'avoir un personnel féminin, y compris des femmes qui ont une expérience actuelle ou passée de la consommation de drogues²⁴⁰ (ou « paires »²⁴¹), et qui vivent souvent dans la région, afin de promouvoir l'accessibilité et le sentiment de sécurité des femmes. Certaines travailleuses peuvent partager leur expérience de la perte de membres de la famille et d'ami-es dans la crise de surdoses, de relations abusives et de moyens de développer des plans de sécurité, ou de difficultés d'accès aux soins.²⁴² Le fait de travailler avec des antécédents personnels de consommation de drogues permet au personnel et aux bénévoles de partager leurs connaissances, d'établir la confiance et de développer des relations vraies; cela est apprécié par les clientes et les collègues et contribue à créer des environnements de travail empreints de compassion et exempts de préjugés ainsi que des perspectives qui seraient autrement absentes.²⁴³ Fait important, l'implication de personnes ayant une expérience de la consommation de drogues a permis d'accroître la diversité des interventions de réduction des méfaits et de traitement de la toxicomanie – les femmes socialement et économiquement marginalisées et les personnes autochtones consommatrices de drogues jouant un rôle particulièrement important dans les nouveaux programmes.²⁴⁴



Le modèle des travailleur(-euse)s de soutien dirigé par des personnes ayant une expérience de la consommation de drogues a été essentiel pour que SisterSpace puisse offrir un espace sûr aux femmes, y compris aux femmes très marginalisées et mal desservies.²⁴⁵ Les évaluations d'autres SPS à bas seuil dirigés par des personnes qui consomment des drogues, à Vancouver, ont montré que l'engagement d'une expertise vécue contribue à améliorer les relations avec les SPS, facilite la mise en place de pratiques de réduction des méfaits et favorise les avantages sanitaires et sociaux pour les personnes qui consomment de la drogue, y compris les femmes.²⁴⁶ Dans une évaluation du SPS de Street Health, à Toronto, où la majorité de la clientèle est composée de femmes, les participant-es ont indiqué apprécier son caractère non-clinique et ses politiques claires interdisant les comportements inappropriés, y compris le harcèlement sexuel et les commentaires sexistes, homophobes ou transphobes, ainsi que le fait que la majorité du personnel du SPS sont des femmes ayant une expérience vécue de la consommation de drogues – indiquant que ces facteurs contribuent à en faire un espace accueillant.²⁴⁷ Les travailleuse(-eur)s du sexe qui consomment des drogues ont non seulement des besoins de santé spécifiques, mais bénéficient également de services qui sont dirigés par des pair-es – et idéalement d'un personnel qui appartient aux deux communautés (travail du sexe et consommation de drogues) et qui a une expérience directe des obstacles supplémentaires que cela peut poser.²⁴⁸ D'autres études ont suggéré que les femmes ayant une expérience vécue de la consommation de drogues sont particulièrement bien placées pour fournir des services répondant aux besoins adaptés selon le genre.²⁴⁹

Personnes enceintes

Une enquête récente menée en Europe n'a identifié que trois SCS qui ne permettaient pas l'accès aux personnes enceintes.²⁵⁰ De même, les politiques et les lignes directrices de Santé Canada n'imposent pas de restrictions concernant l'accès aux SCS pour les personnes enceintes. Les lignes directrices de la Colombie-Britannique pour les SPS prévoient d'ailleurs que les personnes enceintes (tout comme les jeunes, les personnes trop intoxiquées, les personnes qui s'injectent pour la première fois et celles qui ne s'injectent pas elles-mêmes leurs drogues) devraient faire l'objet de considérations spécifiques lorsqu'elles tentent d'avoir recours à un SPS. De même, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) a publié des lignes directrices sur la mise en œuvre de SCS dans lesquelles les femmes enceintes sont considérées comme une « population prioritaire » qui présente « des circonstances, des expériences et des inégalités de santé uniques ». ²⁵¹ En particulier, les personnes qui sont enceintes et qui consomment des drogues ont moins de chances d'accéder aux services et « le fait de refuser l'accès aux participantes enceintes n'entraînera probablement pas l'abstinence de la consommation de drogues », mais « augmenterait plutôt la possibilité de décès par surdose en raison des limites de la prestation de services ». ²⁵² Cela peut également être une opportunité d'aider les femmes enceintes à accéder à des soins prénataux. Cependant, il est nécessaire d'avoir plus de conseils sur les politiques et les procédures appropriées pour les personnes enceintes; d'ailleurs, les directives de la Colombie-Britannique pour le fonctionnement

des SCS et les directives de l'AlIAO sur les SCS recommandent de mettre en place des politiques et des protocoles pour répondre aux besoins des personnes enceintes qui ont accès à des SCS.²⁵³

Nécessité d'un large éventail de services, y compris des services à bas seuil et flexibles

Des recherches menées à Vancouver et des évaluations de SPS à Toronto ont démontré que les femmes apprécient l'approche à faibles barrières et les petits espaces intimes associés offerts par des SPS. Les femmes autochtones et plus marginalisées, en particulier, ont exprimé un sentiment de confort accru dans un environnement non médical dirigé par des personnes ayant une expérience de la consommation de drogues.²⁵⁴ Comme nous l'avons mentionné, les SPS sont des SCS à bas seuil conçus principalement pour prévenir les surdoses. Ils ont commencé comme des services non sanctionnés, gérés par des bénévoles et fonctionnant dans des environnements de fortune en Colombie-Britannique en 2016 et en Ontario en 2017, en raison du processus onéreux pour la demande d'une exemption des autorités fédérales pour gérer un SCS.²⁵⁵ Comme les SCS plus traditionnels, les SPS offrent un espace sûr où les gens peuvent consommer des drogues sous la supervision de bénévoles et/ou d'employé-es formé-es, mais ils sont généralement moins coûteux, plus souples dans leur conception, et ils servent des populations encore plus marginalisées et offrent souvent moins de services auxiliaires que les SCS, bien qu'ils puissent également fonctionner (comme SisterSpace) comme des programmes intégrés avec des services supplémentaires.

Selon une recherche menée à Vancouver, « les modèles opérationnels de SPS à bas seuil ont amélioré l'accès des femmes en s'adaptant aux pratiques de consommation de drogues interdites dans les SCS reconnus par le gouvernement fédéral, y compris les injections assistées et les partenariats d'injection ».²⁵⁶ Les données recueillies auprès du SCS de Moss Park, à Toronto, qui n'était pas autorisé à ses débuts, ont confirmé que les femmes étaient plus susceptibles d'avoir besoin d'aide pour s'injecter lorsqu'elles accédaient au site, et que les femmes qui recevaient de l'aide pour l'injection étaient deux fois plus susceptibles de faire une surdose que celles qui s'injectaient elles-mêmes leurs drogues (tandis qu'aucune association entre l'injection assistée et la surdose n'a été observée chez les hommes).²⁵⁷ En outre, des études ont depuis longtemps montré que les femmes, ainsi que les jeunes et les personnes handicapées, sont plus susceptibles que les hommes d'avoir besoin de l'aide d'autrui pour leurs injections.²⁵⁸ Comme nous l'avons indiqué, les femmes sont plus susceptibles de recevoir leurs injections d'un partenaire intime et sont moins susceptibles de savoir comment se faire des injections.²⁵⁹ Des études ont également fait état d'expériences de vol, de violence et d'abus par des partenaires intimes en rapport avec l'aide à l'injection assistée ainsi que dans la rue.²⁶⁰

Par exemple, des femmes qui consomment de la drogue dans le Downtown Eastside de Vancouver ont décrit avoir reçu des injections de drogues faites par des partenaires qui contrôlaient les drogues et l'argent qu'elles généraient par leur travail du sexe – ce qui illustre comment l'aide à l'injection « peut être influencée par des relations de pouvoir entre les genres, qui subordonnent

les femmes et restreignent leur liberté d'action ».²⁶¹

Certaines femmes ont également décrit avoir été violées, volées ou contraintes d'abandonner la consommation de drogues lorsqu'elles ont demandé de l'aide pour s'injecter, en particulier dans les ruelles ou d'autres espaces isolés.²⁶² L'offre d'assistance à l'injection dans un environnement hygiénique et sûr perturbe ces dynamiques, notamment la dépendance à l'égard de partenaires violents, et atténue les préjudices. En Colombie-Britannique, les lignes directrices du BC Centre for Disease Control ont récemment évolué pour permettre l'injection assistée entre pair-es.²⁶³ Actuellement, 20 SCS fonctionnant avec une exemption fédérale permettent l'injection assistée par les pair-es dans le cadre d'un projet pilote;²⁶⁴ l'exemption pour le pilote est nécessaire étant donné l'interdiction pénale du trafic, qui continue à empêcher l'injection assistée par des professionnel-les de la santé ou le partage de drogue entre client-es dans un SCS.

De même, il est nécessaire d'étendre les services de consommation supervisée pour y inclure l'inhalation supervisée afin de répondre pleinement aux besoins des femmes et des personnes de genres divers. La violence physique est courante dans les milieux où l'on fume du crack et elle est souvent motivée par la dynamique genrée du pouvoir, avec des conséquences particulières pour les femmes qui fument du crack.²⁶⁵ Dans une étude menée auprès de personnes accédant à un fumoir plus sûr géré par des personnes qui consomment des drogues, à Vancouver, tou-te-s les répondant-es (dont la moitié étaient des femmes) ont déclaré que leur décision de fumer du crack dans le fumoir plus sûr était motivée par la nécessité de réduire leur exposition à la violence sociale dans des environnements non réglementés de consommation de crack. Mais comme pour l'accès à l'injection assistée, l'accès aux services d'inhalation supervisée au Canada est limité et il n'existe au pays qu'un seul service de ce type exempté par le fédéral, qui a ouvert en mars 2018 chez ARCHES à Lethbridge, en Alberta.²⁶⁶

Les appels se multiplient également au Canada pour qu'un plus grand nombre d'options médicales soient offertes afin de résoudre le problème critique de l'approvisionnement en drogues dangereuses, qui contribue à un nombre élevé de décès par surdose au pays.²⁶⁷ Dans un contexte où le marché illicite des drogues en Amérique du Nord a été contaminé par des opioïdes produits illicitement, qui sont généralement exponentiellement plus puissants que l'approvisionnement antérieur en héroïne et en fentanyl, des personnes consomment par inadvertance des doses mortelles et en meurent.²⁶⁸ Les programmes d'approvisionnement sûr, qui existent actuellement à Vancouver, Ottawa, Toronto et London, permettent d'accéder à un des drogues sécuritaires par la prescription d'un opioïde de dose connue à des personnes dépendantes des opioïdes.²⁶⁹ Comme le décrit l'Association canadienne des personnes qui utilisent des drogues, « L'élargissement considérable et intentionnel des sources de drogues sûres et réglementées afin de faire compétition au marché noir permettrait de réduire considérablement [le risque de surdose, d'empoisonnement, d'infection, de transmission de maladies et de décès] et représente une étape essentielle de la lutte contre l'épidémie de surdoses actuelle. »²⁷⁰ Cependant, malgré les preuves solides en faveur du traitement assisté à l'héroïne et les innovations

canadiennes en matière de TAO injectable, l'expansion de la couverture reste lente et les nouvelles interventions pilotes pour détourner les gens de l'approvisionnement en drogues illicites toxiques ne sont encore que des exceptions notables.²⁷¹

Bien que de récentes conclusions sur l'expérience des femmes auprès de SPS confirment la nécessité d'un large éventail de SCS, des obstacles juridiques et politiques aux échelons fédéral et provincial empêchent le développement rapide de services à bas seuil et l'expansion de services novateurs, incluant l'injection assistée, le partage de drogues et l'inhalation supervisée. Malgré d'importants efforts du gouvernement fédéral actuel pour faciliter et accélérer le processus d'exemption des SCS, ce processus demeure trop lourd et inutile, comme l'illustre l'émergence, en 2016, de SPS qui fonctionnaient sans aucune exemption fédérale. Depuis, des mécanismes ont été mis en place pour légaliser les SPS, notamment par le biais d'une exemption fédérale de catégorie en Ontario et en Alberta pour la mise en œuvre de SPS en tant que mesure temporaire et urgente. Mais de nouvelles autorités provinciales mettent aujourd'hui en péril ces mécanismes et l'extension des SCS à bas seuil au Canada, y compris à l'intention des femmes.

Par exemple, fin octobre 2018, la ministre de la santé de l'Ontario a annoncé que le financement provincial ne serait disponible que pour un maximum de 21 sites offrant des SCS dans la province, qui allaient tous devoir se conformer à un nouveau modèle de « services de consommation et de traitement » (SCT). En imposant une série d'exigences pour les services de consommation supervisée, le nouveau modèle de services de consommation et de traitement met effectivement fin au modèle souple et à bas seuil des sites de prévention de surdoses.²⁷² Les services d'inhalation ne sont pas inclus dans le modèle ontarien de SCT et les fournisseurs de services doivent demander une exemption fédérale avant de demander un financement provincial.²⁷³ En mars 2019, le Gouvernement de l'Ontario a annoncé que trois SPS en activité dans la province ne recevraient plus de financement, dont celui de Street Health à Toronto.²⁷⁴ Cinquante-six pour cent de la clientèle de ce SPS sont des femmes et 0,5 % s'identifient comme trans, non conformes à un genre ou non binaires.²⁷⁵ La proportion de femmes qui accèdent à ce service conçu pour faciliter l'accès des femmes et des membres des communautés LGBTQ2S est nettement plus élevée que celle de nombreux autres programmes de réduction des méfaits à Toronto.²⁷⁶ Le SPS de Street Health fonctionne actuellement avec une exemption fédérale reçue au début de 2019, mais ne reçoit aucun financement du gouvernement provincial, ce qui oblige la communauté à se mobiliser à nouveau pour financer et préserver les services vitaux de Street Health.²⁷⁷

Accès à la réduction des méfaits pour les femmes et personnes de genres divers en prison

Consommation de substances

Les femmes sont la population qui croît le plus rapidement dans les prisons du Canada; le nombre de détenues purgeant une peine fédérale²⁷⁸ a augmenté de plus de 30 % de 2009 à 2019, ce qui contraste avec la diminution (-4 %) de la population carcérale masculine environ au cours de la même période.²⁷⁹ En particulier, la population des femmes autochtones dans les prisons fédérales a augmenté de 53 % depuis 2008; en 2020, elles représentaient 41,4 % des femmes incarcérées dans les établissements fédéraux.²⁸⁰

Sans égard à l'infraction à l'origine de leur condamnation, 76 % des femmes purgeant une peine fédérale ont vécu une problématique de consommation d'alcool ou de drogue au cours de leur vie,²⁸¹ ce qui signifie qu'un nombre croissant de femmes qui consomment des drogues se retrouvent derrière les barreaux; et pratiquement toutes les femmes autochtones purgeant une peine de ressort fédéral (92 %) ont été évaluées comme ayant des besoins modérés ou élevés en matière de consommation de substances.²⁸² Trente pour cent (30 %) des détenues (comparativement à 21 % des détenus) de ressort fédéral disent s'être injecté des drogues au cours de leur vie, et plus de la moitié disent avoir partagé du matériel d'injection.²⁸³ En 2006, une étude a révélé qu'au moment de leur admission en prison, 65,7 % des femmes déclarées coupables de possession de drogues pour un usage personnel avaient un besoin connu en matière de toxicomanie, comparativement à 64,1 % des femmes condamnées pour trafic de drogues et à 14,1 % de celles condamnées pour importation de drogues.²⁸⁴ De plus, selon un sondage national réalisé auprès des détenu-es fédéraux(-ales) en 2007, 29 % des femmes s'étaient injecté des drogues au cours de leurs derniers mois dans la communauté.²⁸⁵

Plusieurs femmes incarcérées présentent des antécédents non seulement de consommation de substances, mais également de marginalisation sociale et économique, notamment de pauvreté intergénérationnelle, de maladie mentale et d'accès inadéquat à l'éducation, à l'emploi, au logement, à une alimentation nutritive et aux soins de santé.²⁸⁶ Les trois quarts des détenues de ressort fédéral sont des mères; 57 % étaient les principales fournisseuses de soins à leurs jeunes enfants avant d'être incarcérées et la moitié d'entre elles signalaient des expériences impliquant les services de protection de l'enfance en lien avec une consommation problématique de substances, des préoccupations liées à la santé mentale ou des éléments d'abus/négligence.²⁸⁷ L'incarcération de mères peut séparer des familles et rendre de nombreux enfants vulnérables.²⁸⁸ Une fois incarcérées, les femmes et les personnes de genres divers peuvent rencontrer d'importants obstacles au maintien des relations familiales, ce qui intensifie leur expérience de marginalisation dans le système carcéral.²⁸⁹ En raison d'appels téléphoniques coûteux et de politiques de visite restrictives, par exemple, les femmes et les personnes de genres divers qui purgent des peines fédérales ont du mal à préserver les relations familiales qui sont cruciales à la réussite de leur réinsertion après leur remise en liberté.²⁹⁰ Ce problème est particulièrement aigu pour les parents ayant une dépendance aux drogues, car les

politiques punitives sur les drogues empêchent la mise en œuvre d'approches très nécessaires de réduction des méfaits dans les prisons, qui permettraient aux femmes et aux personnes de genres divers qui consomment des drogues d'éviter de graves complications de santé susceptibles de les empêcher de s'occuper de leurs enfants.²⁹¹

Des services de santé spécifiques aux femmes au moins équivalents à ceux offerts à l'extérieur doivent être assurés aux détenues.

— Règle 10, Règles des Nations Unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes (Règles de Bangkok), UN Doc. A/RES/65/229, 16 mars 2011

L'injection de drogues et l'accès aux services de réduction des méfaits en prison

La recherche démontre un manque d'uniformité dans la mise en œuvre et l'accessibilité des programmes et services offerts aux femmes incarcérées vivant avec le VIH ou le VHC ou à risque pour ces infections, tant au sein d'établissements spécifiques que dans l'ensemble du système.²⁹² Le manque de mesures de réduction des méfaits et d'autres mesures de santé a entraîné des taux de VIH et de VHC considérablement plus élevés en prison que dans la collectivité²⁹³ – un fardeau qui touche de manière disproportionnée la population en forte croissance des femmes incarcérées.²⁹⁴ Une étude de 2016 a révélé qu'environ 30 % des personnes incarcérées dans les établissements fédéraux et 30 % des détenues (comparativement à 15 % des détenus) dans les établissements provinciaux vivent avec le VHC, et que de 1 à 9 % des détenues (comparativement à 1 à 2 % des détenus) vivent avec le VIH.²⁹⁵ Les femmes autochtones, en particulier, ont des taux de VIH et de VHC nettement plus élevés que les non autochtones. Par exemple, les femmes autochtones incarcérées dans des prisons fédérales ont des taux de VIH et de VHC de 11,7 % et 49,1 %, respectivement.²⁹⁶

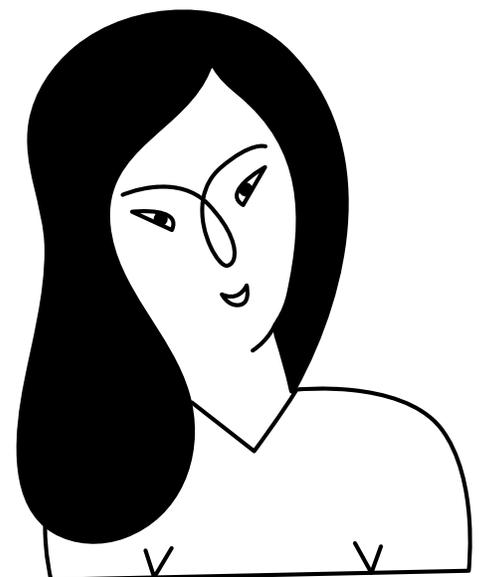
Des études indiquent que l'incarcération de personnes qui s'injectent des drogues alimente l'épidémie du VIH et du VHC, au Canada.²⁹⁷ Dans une étude nationale menée en 2007 auprès des détenu-es fédéraux(-ales), 14 % des femmes ont affirmé s'injecter des drogues en prison, et plusieurs ont déclaré y partager leur matériel d'injection.²⁹⁸ Une étude nationale antérieure auprès de détenues de ressort fédéral a révélé que 19 % d'entre elles s'injectaient des drogues, 27 % pratiquaient le tatouage et 16 % le perçage corporel, et que 9 % se coupaient avec des rasoirs ou des couteaux ou pratiquaient une autre forme d'automutilation (une pratique considérée comme un moyen de soulager la détresse, qui est considérablement plus répandue parmi les femmes incarcérées que dans la population canadienne générale).²⁹⁹ L'eau de Javel demeure le principal moyen offert dans les prisons fédérales pour stériliser le matériel d'injection – et ce même si elle est inefficace pour prévenir la transmission du VIH et du VHC³⁰⁰ et n'est plus distribuée à cette fin aux personnes qui s'injectent des drogues dans la communauté.³⁰¹ Comme l'a reconnu la Commission canadienne des droits de la personne, l'eau de Javel présente « tout au plus, une efficacité sous-optimale pour prévenir la transmission d'infections », et l'incidence du refus de matériel d'injection

stérile aux femmes incarcérées « est plus marquée en raison du taux plus élevé de toxicomanie et d'infection par le VIH au sein de cette population. Ces effets sont peut-être particulièrement notables chez les femmes autochtones purgeant une peine de ressort fédéral. »³⁰²

Les programmes de seringues et d'aiguilles en prison

Reconnaissant les bienfaits pour la santé des programmes de seringues et d'aiguilles en prison, le Service correctionnel du Canada (SCC) a annoncé qu'il mettrait en œuvre à compter de juin 2018 un « Programme d'échange de seringues en prison » (PÉSP) dans deux prisons fédérales, y compris une pour femmes, comme « première des étapes d'une approche progressive » – et qu'il prévoyait d'élargir progressivement cette initiative à toutes les prisons fédérales. Cette annonce était bienvenue, mais les détails du PÉSP ont révélé des défaillances sérieuses qui ne sont pas conformes aux principes de la santé publique ou aux normes professionnellement acceptées pour ces programmes. Plus fondamentalement, le PÉSP porte atteinte à la confidentialité des détenu-es à plusieurs égards et sans justification raisonnable, et la participation au programme est conditionnelle à l'approbation du personnel de santé et de sécurité de la prison.³⁰³

Comme l'a souligné l'enquêteur correctionnel, « [u]ne trop grande partie de ce qui devrait être exclusivement un programme de santé et de réduction des méfaits repose sur des préoccupations touchant la sécurité », faisant en sorte que seulement une poignée de personnes se sont inscrites au programme.³⁰⁴ Au moment d'écrire ces lignes, seules neuf prisons fédérales (dont cinq pour femmes) sur 43 étaient dotées d'un PÉSP et aucun système correctionnel provincial ou territorial n'offrait ce programme au Canada. L'enquêteur correctionnel a également recommandé que le SCC « revoie » le programme et ses critères de participation afin de « nouer des liens de confiance, et qu'il examine ce qui se fait ailleurs dans le monde pour trouver des exemples de façons d'augmenter le taux de participation au programme et d'en améliorer l'efficacité ». ³⁰⁵



Le traitement de la toxicomanie en prison

Malgré les preuves accablantes des bienfaits pour la santé du traitement par agonistes opioïdes (TAO) et les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé qui stipulent que le TAO devrait être offert aux personnes en prison et être équivalent aux options de traitement disponibles dans la communauté,³⁰⁶ les détenu-es de ressort fédéral et provincial continuent de rencontrer des obstacles dans l'accès au TAO, au Canada, notamment de longues listes d'attente et des interruptions de traitement.³⁰⁷ Un certain nombre de prisons provinciales et territoriales n'offrent toujours pas le TAO aux détenu-es.³⁰⁸ Les « critères de priorité » du SCC pour l'admission au TAO incluent les « délinquantes enceintes qui ont une dépendance aux opioïdes ou qui ont déjà eu une telle dépendance et qui sont à risque élevé de rechute ».³⁰⁹ Toutefois, lors d'un sondage réalisé en 2007 auprès des détenu-es de ressort fédéral, seulement 11 % des répondantes ont déclaré participer au « Programme de traitement d'entretien à la méthadone » (à présent le programme de TAO), et les femmes autochtones étaient plus susceptibles que les non autochtones de déclarer avoir essayé de s'inscrire au programme mais ne pas y participer au moment du sondage.³¹⁰

Fait notable, même si une Directive du SCC sur les « Services de santé » demande aux professionnel·les de la santé des prisons de veiller à ce que « les services de santé soient adaptés aux besoins des Autochtones et des délinquantes, ainsi qu'aux délinquants ayant des besoins spéciaux »,³¹¹ des fournisseur(-euse)s de services ont noté que les femmes en prison ont du mal à obtenir le même niveau d'accès aux services de santé et de réduction des méfaits que les femmes dans la communauté et que les hommes incarcérés.³¹² Par exemple, le service correctionnel fédéral offre un « Programme pour délinquants autochtones toxicomanes », un programme à intensité élevée destiné aux hommes autochtones ayant des antécédents de consommation de drogues, dont les effets se sont avérés plus bénéfiques pour les hommes autochtones que les programmes généraux de lutte contre la toxicomanie.³¹³ Toutefois, ce programme est réservé aux hommes autochtones, en dépit de recherches indiquant que le fait de permettre aux femmes autochtones de participer à des programmes sexospécifiques et culturellement appropriés en prison conduit à de meilleurs résultats sur les plans de l'engagement et de la réceptivité,³¹⁴ et en dépit d'appels de l'enquêteur correctionnel à fournir aux femmes autochtones des programmes et interventions tenant compte des traumatismes.³¹⁵ Le SCC offre un Programme d'intervention pour délinquantes toxicomanes (PIDT) adapté aux besoins sexospécifiques,³¹⁶ mais certaines femmes ont critiqué la fréquence à laquelle il est offert, qui pose des problèmes aux détenues en attente d'un module spécifique et à celles pour lesquelles un traitement de la consommation de substances est requis pour leur libération conditionnelle mais qui sont sur des listes d'attente.³¹⁷

Par ailleurs, les détenu-es de ressort fédéral sont assujettis à la *Loi concernant l'éradication des drogues dans les prisons*, décrite comme une manière de « lutter contre la consommation de drogue et de nous assurer que les criminels sont tenus responsables de leur toxicomanie et alcoolisme pendant qu'ils sont en prison »,³¹⁸ qui permet aux autorités correctionnelles d'annuler la libération conditionnelle d'un-e détenu-e qui reçoit

un résultat positif au dépistage de drogues illégales ou qui refuse de fournir un échantillon d'urine pour ce test, et qui stipule que les conditions de libération incluent l'abstention de consommation de drogues ou d'alcool.³¹⁹ Bien qu'elle punisse les détenu-es pour leur consommation de drogues, la loi ne complète pas les options limitées de traitement de la toxicomanie offertes en prison, en particulier pour les femmes et les personnes de genres divers.

La prévention des surdoses en prison

Naloxone

La crise des surdoses est également aiguë dans les prisons, où l'on signale un nombre croissant de surdoses de drogues.³²⁰ Selon le SCC, entre 2012-2013 et 2016-2017, les femmes autochtones ont vécu un nombre disproportionné d'incidents de surdose dans les prisons fédérales pour femmes; la majorité des détenues qui ont fait une surdose avaient des « antécédents de toxicomanie »; et toutes avaient un trouble de santé mentale connu.³²¹ Comme dans les prisons fédérales, les femmes des établissements correctionnels provinciaux font également des surdoses – parfois mortelles.³²² Alors qu'un nombre croissant de prisons au Canada équipent leur personnel de soins de santé et leurs agents correctionnels de naloxone (un médicament servant à traiter les surdoses d'opioïdes), aucune prison canadienne ne distribue directement de la naloxone aux détenu-es.³²³ Puisque le personnel correctionnel n'est pas toujours immédiatement disponible en cas de surdose, la fourniture de trousse de naloxone aux détenu-es leur permettrait d'administrer ce médicament à leurs codétenu-es en cas de surdose d'opioïdes.

Sites de prévention des surdoses

En juin 2019, le SCC a établi un « site de prévention des surdoses » dans l'Établissement de Drumheller, une prison fédérale pour hommes en Alberta,³²⁴ en réponse à des taux élevés de surdoses dans cette prison et aux préoccupations des agents correctionnels quant à l'accès non supervisé de détenus à du matériel d'injection, et prétendument comme avenue de rechange à un programme de seringues et d'aiguilles. Ce programme – une mesure de réduction des méfaits sans précédent dans le milieu carcéral – n'a pas encore été évalué. Des préoccupations ont été signalées quant au degré de confidentialité pouvant être accordé aux détenus participants.³²⁵ Comme l'ont signalé des militant·es, des mesures plus complètes de réduction des méfaits en prison sont un objectif louable, mais les SPS ne devraient pas remplacer des programmes de seringues et d'aiguilles en prison, qui ont une efficacité démontrée et qui protègent la santé des détenu-es.³²⁶ Au moment d'écrire ces lignes, aucune prison pour femmes au Canada n'était dotée d'un site de prévention des surdoses.

Des lacunes persistent également dans les services de prévention des surdoses offerts lors de la remise en liberté – une période pendant laquelle le risque de surdose mortelle augmente considérablement.³²⁷ Les personnes qui sont libérées de prison devraient recevoir une formation sur la naloxone et des trousse de naloxone à emporter, et les personnes qui suivent un TAO en prison devraient être dirigées vers un traitement de la toxicomanie dans la communauté, lors de leur remise en liberté, afin d'assurer la continuité de leurs soins.

A stylized illustration of a crowd of women's faces, rendered in shades of pink and black. The faces are depicted with simple, bold outlines and are arranged in a dense, overlapping manner. The background is a solid, vibrant pink. A black horizontal band runs across the upper middle of the image, containing the word "CONCLUSIONS" in white, uppercase, sans-serif font.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

Dans le contexte d'une ahurissante crise de surdoses, il est plus important que jamais de voir à ce que les réponses de santé publique tiennent compte de la dynamique intersectionnelle entre les genres et à ce que les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des drogues aient accès aux services dont elles ont besoin pour rester en vie et en santé.³²⁸ Dans l'intérêt de la santé publique et du respect des droits humains, les services de réduction des méfaits et les programmes de traitement de la toxicomanie, y compris en prison, doivent répondre aux inégalités structurelles sous-jacentes qui limitent la sécurité des femmes et des personnes de genres divers. Ces programmes devraient être adaptés aux besoins des femmes et des personnes de genres divers qui consomment des drogues, et inclure des interventions à multiples facettes et à bas seuil qui répondent à la violence sexiste, à la transphobie, à l'homophobie et à d'autres préjugés, au racisme, aux traumatismes, à la santé mentale, aux besoins de logement et de santé sexuelle et génésique, y compris les soins prénatals et le soutien aux parents. Les services devraient être accessibles aux femmes enceintes et aux personnes qui prennent soin d'enfants, et le personnel devrait être formé pour offrir un environnement culturellement adapté et exempt de jugements, qui englobe des services fondés sur une expérience vécue, des services mobiles, ou réservés aux femmes, y compris dans les communautés rurales, isolées et autochtones.³²⁹ L'intégration de politiques et de pratiques de réduction des méfaits dans les centres d'hébergement pour femmes violentées, les soins de santé sexuelle et génésique et les soins primaires pour le VIH devrait également être une priorité.³³⁰



Des recherches concernant les femmes autochtones qui consomment des drogues ont recommandé l'adoption d'une approche fondée sur le traumatisme, « où les intervenant-es font tous les efforts possibles pour éviter que leurs clientes ne soient à nouveau traumatisées et pour établir avec elles des relations sûres et non hiérarchiques ».³³¹ Il est également impératif que les services de réduction des méfaits répondent aux conséquences de la colonisation et interrogent « les enjeux systémiques et structurels qui ont influencé et contraint les vies des peuples des Premières Nations, inuits et métis », notamment en adoptant des politiques, des programmes et des pratiques fondés sur la communauté, dirigés par les pair-es, tenant compte des traumatismes, fondés sur les particularités, culturellement sûrs et ancrés dans les connaissances, les traditions, les enseignements, les cérémonies, la terre et les langues autochtones locales.³³² Comme l'a signalé l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, la résolution de la crise des surdoses parmi les Autochtones nécessite des solutions spécifiques aux Autochtones, fondées sur les valeurs autochtones et réalisées de manière culturellement appropriée, mais elle nécessite également que l'on s'attaque aux inégalités structurelles et institutionnelles, telles que la pauvreté et les problèmes de logement, qui affectent de manière disproportionnée les personnes autochtones et constituent des facteurs contribuant à la crise.³³³

Les lacunes persistantes et déplorables dans la fourniture de services sont l'une 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 des services sociaux, de santé et de réduction des méfaits.³³⁴ Au Canada et dans le monde entier, l'échec de la guerre aux drogues a un coût énorme pour les femmes et les personnes de genres divers ainsi que pour leurs enfants, dont les femmes sont souvent les principales soignantes.³³⁵ Les femmes et les personnes de genres divers qui consomment des drogues souffrent de manière disproportionnée non seulement des lois et politiques qui criminalisent la possession de drogues et stigmatisent la consommation de drogues, mais aussi de celles qui criminalisent le travail du sexe et vilipendent et pénalisent la consommation de drogues pendant la grossesse et l'exercice des responsabilités parentales, entravant l'accès et le recours aux services de réduction des méfaits, au traitement de la toxicomanie, aux refuges pour femmes violentées et aux soins de santé génésique et sexuelle. Comme le décrit la Déclaration des femmes de 2016 de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies (UNGASS) sur le problème mondial de la drogue, « Le régime de contrôle actuellement en place autour des drogues institutionnalise des lois et des pratiques qui privent les femmes de leur autonomie et qui violent les principes et valeurs fondamentaux à l'égalité des femmes. »³³⁶

Reconnaissant les ramifications des politiques punitives en matière de drogues sur les femmes, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a publié en 2016 ses observations finales sur le respect par le Canada de la *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*, dans lesquelles il s'est dit préoccupé par le « recours excessif [à] l'incarcération comme mesure de contrôle des drogues contre les femmes et la surpopulation féminine en prison qui en résulte » ainsi que par les « taux élevés et croissants d'incarcération de femmes autochtones et afro-canadiennes dans les prisons fédérales et provinciales du Canada » et les « taux élevés de VIH chez les femmes détenues ». ³³⁷ Le Comité a adressé un certain nombre de recommandations au Canada pour répondre à ces préoccupations – notamment celles-ci :

- « réduire les disparités en termes de prestation de services de santé liés à la consommation de drogues par les femmes, **en élargissant et en assurant l'accès à des services de réduction des risques adaptés sur le plan culturel** »;
- « **mettre en place un processus transparent d'exemptions permettant l'exploitation de services de consommation supervisée** sans risque de poursuites pénales contre les clients ou les fournisseurs de services »;
- « **abroger les peines minimales obligatoires pour les infractions mineures et non violentes liées à la drogue** »;
- « **prendre des mesures pour prévenir les décès par overdose** »; et
- « **étendre les services de soins, de traitement et de soutien aux femmes en détention** vivant avec le VIH ou vulnérables à cette infection, notamment par des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues dans les prisons, la thérapie de substitution aux opioïdes, la fourniture de préservatifs et d'autres moyens assurant des rapports protégés ». ³³⁸

Ces recommandations sont conformes à celles formulées par d'autres instances des Nations Unies chargées des droits humains, notamment les rapporteurs spéciaux sur le droit à la santé ³³⁹ et le rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants. ³⁴⁰ Plus récemment, le Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination a adopté à l'unanimité une position commune sur les politiques en matière de drogues, appelant à un investissement accru dans les mesures de réduction des méfaits, au respect de la dignité et des droits humains des personnes qui consomment des drogues dans tous les aspects des politiques sociales et en matière de drogues, à des avenues de rechange à la condamnation et au châtement, y compris la décriminalisation de la possession de drogues pour usage personnel, à la fourniture de services de soins de santé équivalents en milieu carcéral et à la modification des lois, politiques et pratiques qui menacent la santé et les droits humains. ³⁴¹ Les Directives internationales sur les droits humains et la politique en matière de drogues recommandent également aux États de « décriminaliser la possession, l'achat et la culture de substances contrôlées pour la consommation personnelle »

et de prendre toutes les mesures appropriées pour « prévenir, atténuer et rectifier tout impact disproportionné ou autrement discriminatoire sur les femmes résultant des lois, politiques et pratiques en matière de drogues, en particulier lorsque les effets aggravés résultent de formes croisées de discrimination » et pour « assurer la disponibilité et l'accès non discriminatoire à des services de prévention, de traitement, de réduction des méfaits et autres services de santé de bonne qualité et sensibles au genre pour les femmes qui consomment des drogues ». ³⁴² Pour les femmes en prison, les Règles des Nations Unies concernant le traitement des détenues préconisent « des services de santé spécifiques aux femmes au moins équivalents à ceux offerts à l'extérieur », « [d]e vastes programmes de soins de santé mentale et de réadaptation personnalisés et tenant compte des différences entre les sexes et des traumatismes subis » ainsi que des « programmes de traitement spécialisés » conçus pour les femmes toxicomanes en prison. ³⁴³

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 ³⁴⁴ ainsi que des associations et autorités de santé publique, notamment l'Association canadienne de santé publique, ³⁴⁵ l'Association canadienne pour la santé mentale, ³⁴⁶ l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, ³⁴⁷ le Toronto Board of Health, ³⁴⁸ le médecin hygiéniste de Toronto, ³⁴⁹ Santé publique Montréal, ³⁵⁰ l'Office régional de la santé de Winnipeg ³⁵¹ et l'administrateur provincial de la santé de la Colombie-Britannique. ³⁵² Le soutien en faveur d'un marché réglementé et sûr se développe également. ³⁵³ 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 de développer 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 potentiellement le nombre de personnes en prison, y compris de celles qui sont aux prises avec une consommation problématique de drogues et/ou qui sont les principales soignantes de leurs enfants, et de réduire le nombre de personnes qui consomment des drogues qui se retrouvent avec la lourde conséquence 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.³⁵⁴ 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.³⁵⁵

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 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.³⁵⁶ 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.³⁵⁷ 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.

Avec la participation à part entière des femmes et des personnes de genres divers qui consomment des drogues, des mesures devraient être prises également 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. Il importe également de mettre en œuvre des politiques 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 qui se concentre sur la tâche de soutenir les parents dans leurs rôles. Ceci inclut d'accroître l'accessibilité de services continus qui soient capables de répondre à des besoins interreliés; de fournir du soutien pour aider les parents qui consomment des drogues à rester auprès de leurs enfants; d'assurer un accès prioritaire au traitement de la toxicomanie pour les parents dans des cas où il existe un risque d'appréhension; d'accroître la capacité des programmes existants d'offrir un accès en temps opportun aux services; et de répondre aux besoins des familles en matière d'accessibilité.³⁵⁸

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 et de la stigmatisation des drogues, pour les femmes, les personnes de genres divers et leurs familles, demeurent largement ignorés. Les femmes et les personnes de genres divers sont fréquemment laissées pour compte et mises à l'écart dans le développement des lois, politiques et approches liées à la réduction des méfaits.³⁵⁹ 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.³⁶⁰ 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. »³⁶¹ Il est temps que le monde commence à écouter.

- 1 Gouvernement du Canada, *Méfais associés aux opioïdes au Canada*, mars 2020. Il est toutefois à noter que la déclaration est affectée par la stigmatisation et d'autres obstacles touchant les personnes qui consomment des drogues – et en particulier celles qui sont des femmes et des personnes de genres divers; par conséquent, ces chiffres pourraient sous-estimer le nombre réel de personnes affectées par des surdoses. En ligne à <https://sante-infobase.canada.ca/mefais-associes-aux-substances/opioides>.
- 2 Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), *Rapport mondial sur les drogues 2016*, mai 2016, p. vxii. En ligne à www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf.
- 3 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.
- 4 Voir, p. ex., A. Collins et coll., « Gender and the overdose crisis in North America: Moving past gender-neutral approaches in the public health response », *International Journal of Drug Policy* 69 (2019) 43-45; et T. Lyons et coll., « Women who use drugs and have sex with women in a Canadian setting: Barriers to treatment enrollment and exposure to violence and homelessness », *Archives of Sexual Behaviour*, Août 2016; 45(6): 1403-1410.
- 5 Voir, p. ex., N. Poole et coll., « Women-Centred Harm Reduction », *Gendering the National Framework Series*, 2010 (Vol. 4). Vancouver, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. En ligne à http://bcccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2010_GenderingNatFrameworkWomencentredHarmReduction.pdf. A. Collins et coll., *ibid.*; et T. Lyons et coll., *ibid.* Dans l'étude de Lyons, les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (FSF) et consommant des drogues « connaissent des niveaux de violence et de violence sexuelle alarmants par rapport aux autres. Les caractéristiques des incidents violents étaient également différentes entre les FSF et les autres. Plus précisément, les FSF sont significativement plus susceptibles de déclarer avoir été attaquées par des étrangers, des connaissances, des policiers et des agents de sécurité, et considérablement plus susceptibles de déclarer avoir été battues et étranglées que les femmes qui n'ont pas déclaré avoir eu des relations sexuelles avec des femmes. Les FSF vivent dans des contextes aux cultures et pratiques homophobes et hétérosexistes. Par conséquent, elles peuvent être plus vulnérables à la violence en raison d'une stigmatisation, de politiques et de pratiques homophobes et hétérosexistes, comme le fait d'être renvoyées d'un centre d'hébergement en raison de leurs activités sexuelles ».
- 6 R. Schmidt et coll., *Mothering and Opioids Toolkit: Addressing Stigma and Acting Collaboratively*, Centre of Excellence for Women's Health, 2019. En ligne à <http://bcccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2019/11/CEWH-01-MO-Toolkit-WEB2.pdf>.
- 7 Voir, p. ex., ONUDC, *supra* note 2, p. 67. Voir aussi A. Collins et coll., *supra* note 4.
- 8 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. En ligne à <https://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/default/files/ndarc/resources/Women%20who%20inject%20drugs.pdf>.
- 9 Statistique Canada, *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire des résultats pour 2017*, 2019. En ligne à www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2017.html.
- 10 Centre of Excellence for Women's Health, *Women and Opioids: Media Guide*, mai 2018. En ligne à http://bcccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2018/05/CanFASD_WomenAndOpioids_180504_1504_MediaGuide.pdf.
- 11 Drug Policy Alliance, *LGBT Communities and Drug Policy Reform: Toward a Public Health and Safety-Based Approach*, janvier 2013.
- 12 Rainbow Health Ontario et Réseau canadien de la réduction des méfaits, *LGBTQ People, Drug Use & Harm Reduction*, mars 2014.
- 13 A. I. Scheim, G. R. Bauer et M. Shokoohi, « Drug use among transgender people in Ontario, Canada: Disparities and associations with social exclusion », *Addictive Behaviors* (2017); 72:151-158. doi: <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.03.022>.
- 14 N. Poole et C. A. Dell, *Toxicomanie au féminin*, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health et Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2005, p. 10. En ligne à www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-05/ccsa-011143-2005.pdf.
- 15 Ontario Drug Policy Research Network, *Latest Trends in Opioid-Related Deaths: Exploring differences among men and women*, 2017.
- 16 Harm Reduction International, *What is Harm Reduction?*, non daté. En ligne à www.hri.global/what-is-harm-reduction.
- 17 R. Schmidt et coll., *supra* note 6.
- 18 Réseau canadien autochtone du sida et Coalition interagence sida et développement, *La réduction autochtone des méfaits = Réduire les méfaits du colonialisme*, 19 mars 2019.
- 19 A. Bourgeois et coll., « Le VIH au Canada — Rapport de surveillance, 2016 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2017; 43(12):248-56. En comparaison, la proportion totale des nouveaux cas de VIH attribués à la consommation de drogues dans les pays d'Europe, par exemple, était de moins de 5 % en 2017. Voir www.emcdda.europa.eu/news/2019/latest-update-on-drug-related-infectious-diseases-in-europe_en.
- 20 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.
- 21 *Ibid.*
- 22 Agence de la santé publique du Canada, *Résumé des résultats clés de la Phase 3 du système I-Track (2010-2012)*, octobre 2014. En ligne à www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/aids-sida/publication/reports/i-track-phase-3/assets/pdf/i-track-phase-3-fra.pdf.
- 23 Agence de la santé publique du Canada, *Infection au virus de l'hépatite C (VHC) chez les Autochtones interrogés par le biais des trois systèmes nationaux de surveillance accrue au Canada*, 2010. En ligne à http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/aspc-phac/HP40-52-2010-fra.pdf.
- 24 Voir A. Roberts, B. Mathers et L. Degenhardt, *supra* note 8.
- 25 Rainbow Health Ontario et Réseau canadien de la réduction des méfaits, *supra* note 12; et Drug Policy Alliance, *supra* note 11.
- 26 E. Moazen-Zadeh et coll., « A call for action on overdose among LGBTQ people in North America », *The Lancet Psychiatry* (2019) 6(9), 725-726. doi:10.1016/s2215-0366(19)30279-2.
- 27 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. 16. En ligne à www.unodc.org/documents/commissions/CND/2019/Contributions/UN_Entities/What_we_have_learned_over_the_last_ten_years_-_14_March_2019_-_w_signature.pdf. Voir aussi Rainbow Health Ontario et Réseau canadien de la réduction des méfaits, *supra* note 12.
- 28 Rainbow Health Ontario et Réseau canadien de la réduction des méfaits, *ibid.*
- 29 M. Dittmore, *When sex work and drug use overlap: Considerations for advocacy and practice*, Harm Reduction International, novembre 2013. En ligne à www.hri.global/files/2014/08/06/Sex_work_report_%C6%924_WEB.pdf.
- 30 A. Roberts, B. Mathers et L. Degenhardt, *supra* note 8.
- 31 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.
- 32 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.
- 33 Examinatrice de l'ACPUD, communication personnelle, février 2020.
- 34 A. M. Bayoumi, N. Degani, R. S. Remis et coll., « HIV Infection », dans A. S. Bierman (dir.), *Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report: Volume 2* (Toronto, 2011), p. 4. En ligne à www.powerstudy.ca/wp-content/uploads/downloads/2012/10/Chapter11-HIVInfection.pdf.

- 35 A. Roberts, B. Mathers et L. Degenhardt, supra note 8; et 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.
- 36 A. Roberts et coll., *ibid.*
- 37 N. Fairbairn et coll., « Social structural factors that shape assisted injection practices among injection drug users in Vancouver, Canada: a qualitative study », *Harm Reduction Journal* 2010, 7:20.s.
- 38 Ceci est dû au fait qu'en conséquence elles arrivent dernières dans le processus de division et d'injection de la drogue et sont donc plus susceptibles d'utiliser une solution de drogue provenant d'un instrument qui a peut-être déjà été utilisé par d'autres personnes. Voir A. Roberts, B. Mathers et L. Degenhardt, supra note 8. Voir aussi A. Bayoumi, C. Strike et coll., *Report of the Toronto and Ottawa Supervised Consumption Assessment Study*, 2012. Toronto, Ontario: St. Michael's Hospital et Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto. En ligne à www.catie.ca/sites/default/files/TOSCA%20report%202012.pdf; les chercheurs-es concluent qu'à Toronto et à Ottawa, les femmes étaient considérablement plus susceptibles que les hommes de déclarer s'injecter avec un partenaire sexuel régulier.
- 39 S. Pinkham, C. Stoicescu et B. Myers, supra note 32.
- 40 R. McNeil, W. Small, H. Lampkin et coll., « 'People knew they could come here to get help': an ethnographic study of assisted injection practices at a peer-run 'unsanctioned' supervised drug consumption room in a Canadian setting », *AIDS and Behavior* 2014;18:473-85.
- 41 N. Fairbairn et coll., supra note 37. 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) Feb;76:102617.
- 42 S. Pinkham, C. Stoicescu et B. Myers, supra note 32.
- 43 A. Roberts, B. Mathers et L. Degenhardt, supra note 8.
- 44 Gouvernement du Canada, *Méfais associés aux opioïdes au Canada*, juin 2019. En ligne à <https://sante-infobase.canada.ca/mefais-associes-aux-substances/opioides>. Dernière consultation en date de janvier 2020. Gouvernement du Canada, *Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada*, décembre 2019. En ligne à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/consommation-problematique-medicaments-ordonnance/opioides/donnees-surveillance-recherche.html>. Dernière consultation en date de janvier 2020. Dans ces données de surveillance, les décès par surdose ont été désagregés selon la dyade homme/femme; pour la plupart des provinces/territoires, les données concernant le sexe des individus étaient « basées sur des caractéristiques biologiques ou la documentation légale ». Les pourcentages par groupe d'âge au Québec en 2019 pourraient ne pas totaliser 100 % puisque les données concernant les personnes de 19 ans et moins et de 50 ans et plus ont été éliminées en raison du petit nombre de cas.
- 45 Gouvernement du Canada, *Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada*, juin 2019, *ibid.*
- 46 First Nations Health Authority, *First Nations Opioid Overdose Deaths Rise in 2018*, 27 mai 2019. En ligne à www.fnha.ca/about/news-and-events/news/first-nations-opioid-overdose-deaths-rise-in-2018.
- 47 Radio Canada/CBC, « Les Premières Nations particulièrement touchées par les surdoses aux opioïdes », 3 décembre 2019. En ligne à <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1416229/droque-fentanyl-autochtones-statistiques-alberta>.
- 48 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.
- 49 S. Pinkham, C. Stoicescu et B. Myers, supra note 32.
- 50 *Ibid.*
- 51 Voir, p. ex., ONUDC, supra note 2; et S. Pinkham, C. Stoicescu et B. Myers, supra note 32.
- 52 Voir A. Roberts, B. Mathers et L. Degenhardt, supra note 8.
- 53 T. Mahony, J. Jacob et H. Hobson, *Femmes au Canada : rapport statistique fondé sur le sexe – Les femmes et le système de justice pénale*, Statistique Canada, 21 juin 2017. En ligne à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-503-x/2015001/article/14785-fra.htm>.
- 54 Voir 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); T. Lyons, *Aboriginal Women, Drug Use & Violence: Literature Review Summary*, octobre 2006.
- 55 R. McNeil et coll., « Negotiating place and gendered violence in Canada's largest open drug scene », *International Journal of Drug Policy*, (2014) mai; 25(3): 608-615, citant P. Braitstein et coll., « Sexual violence among a cohort of injection drug users », *Social Science & Medicine* (1982). 2003; 57(3):561-569; et N. El-Bassel et coll., « HIV and intimate partner violence among methadone maintained women in New York City », *Social Science & Medicine* (2005); 61(1):171-183.
- 56 S. Pinkham, C. Stoicescu et B. Myers, supra note 32.
- 57 *Ibid.*
- 58 M. Ditmore, supra note 29.
- 59 K. Shannon et coll., supra note 31. Voir aussi 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.
- 60 A. I. Scheim, G. R. Bauer et M. Shokoohi, supra note 13.
- 61 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.
- 62 T. Lyons et coll., supra note 4.
- 63 *Ibid.*
- 64 *Ibid.*
- 65 ONUDC, supra note 2. Voir aussi UNODC, *HIV/AIDS prevention and care for female injecting drug users*, 2006. En ligne à www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_femaleIDUs_Aug06.pdf. Voir aussi T. Azima, I. Bontella et S. Strathdee, « Women, drugs and HIV », *International Journal of Drug Policy* 26 (2015): S16-S21.
- 66 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.
- 67 *Ibid.*; et R. Schmidt et coll., supra note 6.
- 68 UN system coordination Task Team on the Implementation of the UN System Common Position on drug-related matters, supra note 27, p. 20.
- 69 Voir, p. ex., T. Azima, I. Bontella et S. Strathdee, supra note 65; R. Stone, « Pregnant women and substance use: fear, stigma, and barriers to care », *Health & Justice* 3(1) (2015): 2; et T. Meixner et coll., « Conceptualizing integrated service delivery for pregnant and parenting women with addictions: Defining key factors and processes », *Canadian Journal of Addiction*, 7(3), 57-65.
- 70 K. Kenny, « Mental Health Harm to Mothers When a Child Is Taken by Child Protective Services: Health Equity Considerations », *Revue canadienne de psychiatrie*, (2017) 63(12):706743717748885.
- 71 La prévalence d'un trouble concomitant était de 1,4 % parmi les hommes et de 1,1 % parmi les femmes. Voir S. Khan, *Troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Canada*, Statistique Canada, août 2017.
- 72 S. Pinkham, C. Stoicescu et B. Myers, supra note 32.
- 73 B. Richie, *Compelled to Crime: The gender entrapment of battered Black women* (New York: Routledge, 1996); M. Buchanan et coll., supra note 35; B. Dansky et coll., « Prevalence of Victimization and Posttraumatic Stress Disorder Among Women with Substance Use Disorders: Comparison of Telephone and In-Person Assessment Samples », *The International Journal of Addictions* (1995) 30(9): p. 1079-1099; P. Fazzino et coll., *Substance Abuse Treatment and Domestic Violence, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 25*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), U.S. Department of Health and Human Services, 1997; National Household Survey on Drug Abuse, *NHSDA Report: Substance Use Among American Indians or Alaska Natives*, 16 mai 2003; Office of the Director, National Institutes of Health, *Women of Color Health Data Book*, 74 (2^e éd.), 2002.
- 74 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.
- 75 Voir, p. ex., 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 1b*, 2019, p. 107 et 112 [du document anglais]; et N. Poole et coll., supra note 54.
- 76 Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, supra note 48, à la p. 480.

- 77 S. Pinkham, C. Stoicescu et B. Myers, *supra* note 32.
- 78 UNGASS, *Déclaration des femmes pour des politiques internationales en matière de drogues qui supportent les femmes, les enfants et les familles*, 2016. En ligne à www.ungasswomen2016.com/french.
- 79 Voir l'art. 4(4)(b)(i) de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (L.C. 1996, ch. 19).
- 80 Voir l'art. 5(3)(a) de la LRC DAS.
- 81 Voir l'art. 6(3) de la LRC DAS.
- 82 *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdoses*, L.C. 2017, ch. 4.
- 83 *Loi sur la sécurité des rues et des communautés*, L.C. 2012, ch. 1.
- 84 Réseau juridique canadien VIH/sida, *Les peines minimales obligatoires pour les infractions liées à la drogue : tout le monde y perd et voici pourquoi*, 2006; D. Bennett et S. Bernstein, *Throwing Away the Keys: The Human and Social Cost of Mandatory Minimum Sentences* (Vancouver: Pivot Legal Society, 2013).
- 85 Voir, p. ex., D. Bennett et S. Bernstein, *ibid.*; L. Maher et D. Dixon, « Policing and public health: Law enforcement and harm minimization in a street-level drug market », *British Journal of Criminology* (1999)39,4: 488-412; E. Wood et coll., « The impact of police presence on access to needle exchange programs », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (2003)34,1: 116-118; R. N. Bluthenthal et coll., « Collateral damage in the war on drugs: HIV risk behaviours among injection drug users », *International Journal of Drug Policy* (1999) 10 : 25-38; Réseau juridique canadien VIH/sida, *Interdiction d'accès : les pratiques policières et le risque de VIH pour les personnes qui utilisent des drogues*, 2007, et les sources qui y sont citées.
- 86 T. Gabor et N. Crutcher, *Les effets des peines minimales obligatoires sur la criminalité, la disparité des peines et les dépenses du système judiciaire*, Justice Canada (Division de la recherche et de la statistique), janvier 2002.
- 87 Justice Canada, *Programme de financement des tribunaux de traitement de la toxicomanie – Évaluation formative : rapport final*, Division de l'évaluation, Bureau de la gestion de la planification stratégique et du rendement, mars 2009; Justice Canada, *Programme de financement des tribunaux de traitement de la toxicomanie évaluation – Rapport final*, avril 2015; Réseau juridique canadien VIH/sida, *Jugement déficient : Évaluation de l'opportunité des tribunaux de traitement de la toxicomanie, en réponse à l'usage de drogue au Canada*, 2011.
- 88 Justice Canada, *Programme de financement des tribunaux de traitement de la toxicomanie – Évaluation formative : rapport final*, *supra* note 87, p. 32.
- 89 *Ibid.*
- 90 Réseau juridique canadien VIH/sida, *supra* note 87.
- 91 Au Canada, par exemple, les services de consommation supervisée, où les personnes peuvent consommer des drogues dans un environnement sûr et hygiénique avec du matériel stérile sous la supervision d'un personnel ou de bénévoles formés, nécessitent une exemption fédérale spécifique pour fonctionner en toute sécurité et protéger à la fois les client-es et le personnel contre des poursuites. Au Canada, les SCS sont actuellement offerts dans des « sites de consommation supervisée », qui fonctionnent en vertu d'une exemption des lois fédérales sur les drogues, accordée par le ministre fédéral de la Santé « à des fins médicales », en vertu de l'article 56.1 de la LRC DAS, et dans des « sites de prévention des surdoses » (SPS) temporaires. Les SPS sont essentiellement des sites de consommation supervisés à bas seuil, mais le changement de terminologie s'est avéré crucial pour le déploiement rapide de ces interventions vitales dans le contexte de la crise actuelle des surdoses. Des SPS ont été approuvés unilatéralement par les gouvernements provinciaux (Colombie-Britannique), ou en vertu d'une exemption de catégorie de l'article 56 accordée aux gouvernements provinciaux par le ministre fédéral de la Santé (Alberta et Ontario), ou dans certains cas, fonctionnent, ou ont fonctionné, indépendamment des approbations provinciales ou fédérales officielles.
- 92 Voir Santé Canada, *Réduire les barrières réglementaires à l'accès au traitement et nouveaux fonds pour des projets d'innovation*, mars 2018.
- 93 Pour une discussion plus étoffée du cadre juridique régissant les services de consommation supervisée et pour des recommandations visant à l'améliorer, voir Réseau juridique canadien VIH/sida, *Services de consommation supervisée au Canada : des changements qui tardent à venir*, 2019.
- 94 Voir, p. ex., Réseau juridique canadien VIH/sida, *ibid.*; T. M. Watson et coll., « Critical studies of harm reduction: Overdose response in uncertain political times », *International Journal of Drug Policy* (2020)76:1-6; et T. Kerr et coll., « Supervised injection facilities in Canada: past, present, and future », *Harm Reduction Journal* (2017) 14(1):18-9.
- 95 Les hommes représentent 81,8 % des cas visés par des accusations relatives aux drogues, et les femmes 18,2 %. Voir T. Mahony, J. Jacob et H. Hobson, *supra* note 53.
- 96 The Women and Harm Reduction International Network et Talking-Drugs, *Women who Use Drugs and the Violence of Law Enforcement Position Statement*, 10 décembre 2019.
- 97 Voir, p. ex., G. Bardwell et coll., « Implementation contexts and the impact of policing on access to supervised consumption services in Toronto, Canada: a qualitative comparative analysis », *Harm Reduction Journal* (2019) 16: 30; D. Bennett et D. Larkin, *Project Inclusion: Confronting Anti-Homeless and Anti-Substance User Stigma in British Columbia*, Pivot Legal Society, 2018; W. Small et coll., « Impacts of intensified police activity on injection drug users: Evidence from an ethnographic investigation », *International Journal of Drug Policy* 17 (2006) 85-95; et J. Csete et J. Cohen, *Abusing the User: Police Misconduct, Harm Reduction and HIV/AIDS in Vancouver*, Human Rights Watch, mai 2003.
- 98 Examinatrice de l'ACPUD, communication personnelle, février 2020.
- 99 V. Bungay et coll., *supra* note 74.
- 100 Voir, p. ex., D. Bennett et D. Larkin, *supra* note 97; L. Ti et coll., « Police confrontations among street-involved youth in a Canadian setting », *International Journal of Drug Policy* 24 (2013) 46-51; et D. Werb et coll., « Effects of police confiscation of illicit drugs and syringes among injection drug users in Vancouver », *International Journal of Drug Policy* 19 (2008) 332-338.
- 101 A. Cotter, J. Greenland et M. Karam, *Les infractions relatives aux drogues au Canada*, Statistique Canada, 2013.
- 102 R. Gobeil, *Profil des délinquantes condamnées pour drogues purgeant une peine de ressort fédéral*, Service correctionnel du Canada, mai 2009.
- 103 *Ibid.*
- 104 Bureau de l'enquêteur correctionnel, *Rapport annuel 2016-2017*, 2017.
- 105 Bureau de l'enquêteur correctionnel, *Rapport annuel 2012-2013*, 2013.
- 106 Au Canada, les femmes qui reçoivent une peine de deux ans ou plus sont logées dans l'une des cinq prisons fédérales pour femmes (situées en Colombie-Britannique, en Alberta, en Ontario, au Québec et en Nouvelle-Écosse) ou dans la « loge de guérison » (située en Saskatchewan).
- 107 R. Gobeil, *supra* note 102.
- 108 Voir Service des poursuites pénales du Canada, *6.2 Les peines minimales obligatoires pour des infractions précises liées aux drogues en vertu de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, 17 janvier 2018 : « La Loi modifie la LRC DAS afin de prévoir des [peines minimales obligatoires] pour les accusés déclarés coupables de certaines infractions graves liées aux drogues, y compris le trafic, la possession en vue de faire le trafic, l'importation et l'exportation et la production ».
- 109 Sécurité publique Canada, *2017 Aperçu statistique : Le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, juillet 2018.
- 110 Bureau de l'enquêteur correctionnel, *Rapport annuel du bureau de l'enquêteur correctionnel 2014-2015*, 2015.
- 111 *Ibid.*
- 112 ONUDC, *Women and Drugs: Drug use, drug supply and their consequences, Rapport mondial sur les drogues 2018*, juin 2018. En ligne à www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_5_WOMEN.pdf.
- 113 Voir, p. ex., J. Stone et coll., « Incarceration history and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis », *Lancet Infectious Diseases* (2018) Dec;18(12):1397-1409. doi: 10.1016/S1473-3099(18)30469-9. Epub 2018 Oct 29; M. Tyndall et coll., « Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic », *AIDS* 17,6 (2003): 887-893; et H. Hagan, « The relevance of attributable risk measures to HIV prevention planning », *AIDS* 17,6 (2003): 911-913.

- 114 E. Erickson et coll., « Recent Incarceration as a Primary Barrier to Virologic Suppression Among Women Living with HIV: Results from a Longitudinal Community-Based Cohort in a Canadian Setting », *AIDS and Behavior* (2020) 24, 1243-1251. doi.org/10.1007/s10461-019-02606-5.
- 115 Art. 213 du *Code criminel*.
- 116 Art. 286.1 du *Code criminel*.
- 117 Art. 286.2 du *Code criminel*.
- 118 Art. 286.3 du *Code criminel*.
- 119 Art. 286.4 du *Code criminel*.
- 120 Art. 286.5 du *Code criminel*.
- 121 Art. 183(1)(b.1), 196.1(a), 200(3) (g.1) et 203(2)(a) du *Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés*.
- 122 Global Network of Sex Work Projects et International Network of People who Use Drugs, *TravailleurSEs du Sexe UsagerES de Drogues: Adopter une Approche Commune*, 2015.
- 123 M. Ditmore, supra note 29.
- 124 Global Network of Sex Work Projects et International Network of People who Use Drugs, supra note 122; et Réseau juridique canadien VIH/sida, *Les dangers de la « protection » : Expériences de travailleuses du sexe en lien avec les forces de l'ordre en Ontario*, 2019.
- 125 Global Network of Sex Work Projects et International Network of People who Use Drugs, supra note 122. Voir aussi Réseau juridique canadien VIH/sida, *Les dangers de la « protection » : Expériences de travailleuses du sexe en lien avec les forces de l'ordre en Ontario*,
- 126 Voir, p. ex., Global Network of Sex Work Projects et International Network of People who Use Drugs, supra note 122. Voir aussi M. L. Rekart, « Sex-work harm reduction », *Lancet* (2005) 366(9503):2123-34.
- 127 K. Shannon et coll., supra note 31. Voir aussi E. Argento et coll., supra note 59.
- 128 T. Kerr et coll., « Sex Work and HIV Incidence Among People Who Inject Drugs », *AIDS* (2016) 30(4) Feb 20: p. 627-634.
- 129 Street Health et Regent Park Community Health Centre, *Street Based Sex Workers Needs Assessment Survey: Toronto, Barrie et Oshawa*, 2014. En ligne à www.streethealth.ca/downloads/sex-workers-needs-assessment.pdf.
- 130 UNGASS, supra note 78.
- 131 J. L. Cook, C. R. Green, S. de la Ronde et coll., « Epidemiology and effects of substance use in pregnancy », *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, (2017) 39(10), 906-915.
- 132 Voir, p. ex., S. Pinkham, C. Stoicescu et B. Myers, supra note 32; et « Sexual/Reproductive Care », *Sexual/Reproductive Care | The Homeless Hub*, www.homelesshub.ca/about-homelessness/health/sexualreproductive-care.
- 133 M. Terplan, D. J. Hand, M. Hutchinson et coll., (2015) « Contraceptive use and method choice among women with opioid and other substance use disorders: a systematic review », *Preventive Medicine* 2015(80), 23-31.
- 134 A. E. Weber, M. Tyndall, P. M. Spittal et coll., (2003) « High pregnancy rates and reproductive health indicators among female injection-drug users in Vancouver, Canada », *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, (2003) 8:1, 52-58
- 135 Voir, p. ex., M. Terplan, D. J. Hand, M. Hutchinson et coll., supra note 133.
- 136 Agence de la santé publique du Canada, *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*, 2009. En ligne à www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/pdf/survey-fra.pdf. Il est à noter, cependant, que la consommation de drogues illégales s'est avérée grandement sous-déclarée lorsque l'information ne repose que sur l'autodéclaration dans le cadre d'enquêtes; et que les chercheurs-es reconnaissent que cette donnée est probablement une sous-estimation de la consommation réelle de drogues illégales en cours de grossesse.
- 137 A. Ambasta et M. Malebranche, « Opioid use disorder in pregnancy », *CMAJ* (2019)191 (38) E1057; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.190391>.
- 138 Parmi les autres obstacles, citons la stigmatisation et le jugement des prestataires de soins de santé et de services sociaux, le manque de services de garde d'enfants (ce qui limite leur capacité à participer ou à suivre un traitement), les ressources financières limitées, le manque de transport, le soutien familial ou social limité, la criminalisation de la possession de drogues et l'absence de traitement et de soins englobant en même temps la consommation de drogues et les soins prénataux. Voir, p. ex., 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. En ligne à <http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2014/09/Canadian.Policy-on.Subst-Use+-Preg.Sept-2-2014web.pdf>; L. Shulga et coll., *Developing Gender-Sensitive Approaches to HIV Prevention among Female Injecting Drug Users*, International HIV/AIDS Alliance, 2011; International AIDS Society, *Women who Inject Drugs: Overlooked, Yet Visible*, 2019.
- 139 Canada FASD Research Network's Action Team on Prevention from A Women's Health Determinants Perspective, supra note 138; et N. Poole et coll., supra note 5. Voir aussi Women and Harm Reduction International Network et International Network of Women who Use Drugs, *Illicit Drug Use in Pregnancy: An Appropriate Response*, 2012. En ligne à www.inpud.net/Illicit_Drug_use_in_Pregnancy_An_Appropriate_Response-WHRIN_INWUD_2012.pdf.
- 140 *Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg c. G. (D.F.)*, 1997 3 CSC 925 [G.(D.F.)]
- 141 Ibid, paragr. 15.
- 142 Ibid, paragr. 37.
- 143 Ibid, paragr. 44.
- 144 Women and Harm Reduction International Network et International Network of Women who Use Drugs, supra note 139.
- 145 Voir A. Ambasta et M. Malebranche, supra note 137; K. Kenny, supra note 70; et K. Kenny et coll., « Family Separation and Maternal Self-rated Health: Evidence from a Prospective Cohort of Marginalized Mothers in a Canadian Setting », *Maternal and Child Health Journal* (2019) 23:1232-1239.
- 146 Voir, p. ex., N. Poole et coll., supra note 5; et Centre of Excellence for Women's Health, supra note 6.
- 147 Voir, p. ex., British Columbia Centre on Substance Use, B.C. Ministry of Health, B.C. Ministry of Mental Health and Addictions, & Perinatal Services BC, *A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder—Pregnancy Supplement*, 1^{er} juin 2018. En ligne à www.bccsu.ca/care-guidance-publications/. Voir aussi Canada FASD Research Network's Action Team on Prevention from A Women's Health Determinants Perspective, supra note 138.
- 148 Agence de la santé publique du Canada, *Lois et politiques provinciales et territoriales sur la protection des enfants - 2018*, mars 2019. En ligne à www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/securite-et-risque-pour-sante/lois-politiques-provinciales-territoriales-sur-protection-des-enfants-2018.html.
- 149 Seules l'Alberta et Terre-Neuve-et-Labrador font explicitement référence à la consommation de drogues d'un parent ou d'un tuteur comme motif pour déterminer qu'un enfant a besoin de protection. En Alberta, l'appréhension temporaire d'un enfant en raison de la consommation de drogues par sa mère se fait en vertu de la *Drug-Endangered Children Act* [Loi sur les enfants menacés par la drogue], Lois de l'Alberta, 2006 ch. D-17. Selon cette loi, un enfant (c.-à-d. une personne de moins de 18 ans) est un « menacé par la drogue » et pourrait être appréhendé par l'État si « un tuteur expose l'enfant ou lui permet d'être exposé, d'ingérer, d'inhaler ou d'avoir un contact quelconque avec une substance chimique ou autre qu'il utilise pour fabriquer illégalement une drogue », si « le tuteur fabrique illégalement une drogue en présence de l'enfant, ou fait entrer l'enfant ou lui permet d'entrer ou de rester dans tout lieu ou local où une drogue est illégalement fabriquée ou stockée », si « le tuteur possède une substance chimique ou autre avec laquelle il a l'intention de fabriquer illégalement une drogue dans un lieu ou des locaux où réside un enfant », si « le tuteur expose ou permet que l'enfant soit exposé à une opération de culture intérieure du cannabis ou au processus d'extraction de l'huile ou des résines des plants de cannabis », si « le tuteur implique l'enfant dans le trafic ou l'y expose », ou si « l'enfant a été ou est physiquement blessé, émotionnellement blessé ou sexuellement abusé parce que le tuteur expose l'enfant à d'autres formes d'activités illégales liées à la drogue, ou s'il y a un risque important que l'enfant le soit ». À Terre-Neuve-et-Labrador, l'article 10(3) de la *Children, Youth and Families Act* [Loi sur les enfants, les jeunes et les familles], SNL2018, ch. C-12.3 définit qu'un enfant a besoin d'une intervention de protection lorsqu'il subit ou risque de subir un préjudice émotionnel du fait de la conduite de ses parents, y compris lorsqu'un parent est « abuseur d'alcool ou de drogues ».
- 150 K. Kenny, supra note 70.

- 151 Canada FASD Research Network's Action Team on Prevention from A Women's Health Determinants Perspective, supra note 138; West Coast LEAF, *Pathways in a Forest: Indigenous Guidance on Prevention-Based Child Welfare*, septembre 2019. En ligne à www.westcoastleaf.org/wp-content/uploads/2019/09/Pathways-in-a-Forest.pdf; M. Turpel-Lafond, *Children at Risk: The Case for a Better Response to Parental Addiction Investigative Report*, juin 2014. En ligne à <https://rcybc.ca/reports-and-publications/reports/cid-reviews-and-investigations/children-at-risk-the-case-for-a-better-response-to-parental-addiction/>.
- 152 West Coast LEAF, supra note 151.
- 153 Ibid.
- 154 K. Kenny et coll., « 'I felt for a long time like everything beautiful in me had been taken out': Women's suffering, remembering, and survival following the loss of child custody », *The International Journal on Drug Policy* (2015) 26(11).
- 155 Examinatrice de l'ACPUD, communication personnelle, février 2020.
- 156 West Coast LEAF, supra note 151.
- 157 R. Schmidt et coll., supra note 6.
- 158 Ibid. Voir aussi M. Turpel-Lafond, supra note 151.
- 159 Community Action for Families, *Principles Informing Our Work*, non daté. En ligne à www.communityactionforfamilies.com/about-us/. Voir aussi K. Kenny, supra note 70; A. Niccols, C. A. Dell; et S. Clarke, « Treatment issues for aboriginal mothers with substance use problems and their children », *International Journal of Mental Health and Addiction* (2010);8(2):320-35; et J. Denison, C. Varcoe et A. Browne, « Aboriginal women's experiences of accessing health care when state apprehension of children is being threatened », *Journal of Advanced Nursing* 70(5), 1105-1116. Les auteures n'ont repéré aucune recherche ayant documenté l'impact des politiques de protection de l'enfance sur les familles LGBTQ2S.
- 160 S. Boyd, « Gendered drug policy: Motherisk and the regulation of mothering in Canada », (2019) *International Journal of Drug Policy* 68, p. 109-116.
- 161 Réseau canadien autochtone du sida et Coalition interagence sida et développement, supra note 18, p. 6.
- 162 Voir, p. ex., https://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/sixties_scoop/
- 163 K. Kenny et coll., supra note 154.
- 164 Ibid.
- 165 Voir, p. ex., K. Kenny et coll., supra note 145; E. Wall-Wieler, L. L. Roos, J. Bolton et coll., « Maternal health and social outcomes after having a child taken into care: population-based longitudinal cohort study using linkable administrative data », *Journal of Epidemiology & Community Health* (2017) Oct 5;7:jech-2017-209542-7; E. Wall-Wieler, L. L. Roos, J. Bolton et coll., « Maternal Mental Health after Custody Loss and Death of a Child: A Retrospective Cohort Study Using Linkable Administrative Data », *Revue canadienne de psychiatrie*, (2018)63(5):322-8; E. Wall-Wieler, L. L. Roos, M. Brownell et coll., « Suicide Attempts and Completions among Mothers Whose Children Were Taken into Care by Child Protection Services: A Cohort Study Using Linkable Administrative Data », *Revue canadienne de psychiatrie* (2018) 63(3):170-7; J. Denison, C. Varcoe et A. Browne, supra note 159; et West Coast LEAF, supra note 151.
- 166 K. Kenny, supra note 70.
- 167 Community Action for Families, supra note 159.
- 168 J. Beaman, *Pas d'impact mineur : La place des analyses capillaires dans la protection de l'enfance*, Commission Motherisk, 2018. En ligne à www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/french/about/pubs/motherisk.
- 169 *R. v. Broomfield*, 2014 ONCA 725.
- 170 S. Lang, *Rapport de l'examen indépendant du programme d'analyse capillaire de Motherisk*, ministère du Procureur général de l'Ontario, 2015. En ligne à www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/french/about/pubs/lang.
- 171 S. Boyd, supra note 160.
- 172 *R. v. Broomfield*, [2014] O.J. No. 4903.
- 173 Community Action for Families, supra note 159.
- 174 J. Beaman, supra note 168.
- 175 S. Boyd, supra note 160.
- 176 Agence de la santé publique du Canada, supra note 148.
- 177 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.
- 178 Harm Reduction International, *Women and harm reduction, Global State of Harm Reduction 2018 briefing*, 2018.
- 179 A. Roberts, B. Mathers et L. Degenhardt, supra note 8.
- 180 E. Hyshka et coll., supra note 177.
- 181 Canadian Drug Policy Coalition, *Getting to tomorrow: A report on Canadian drug policy*, 2013.
- 182 International Network of Women who Use Drugs, *Bringing State Commitments to Gender Equality into Action: Addressing the Needs of Women Who Use Drugs*, avril 2016.
- 183 Voir, p. ex., 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*, (2018) 17:3, 6-10.
- 184 N. Poole and C. A. Dell, supra note 14, p. 6-7 et 10.
- 185 N. Poole et coll., supra note 5.
- 186 UNODC, *Practical guide for service providers on gender sensitive services*, 2016.
- 187 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. En ligne à <http://pathssk.org/wp-content/uploads/2011/04/PATHS-Report-Toward-a-Better-Understanding-of-the-Needs-of-Shelter-Users.pdf>.
- 188 M. Ham, directrice générale de l'Ontario Association of Interval & Transition Houses, conversation téléphonique du 29 juillet 2019. Voir aussi A. Hovey et coll., « Understanding the Landscape of Substance Use Management Practices in Domestic Violence Shelters across Ontario », *Journal of Family Violence* (2019) 35, p. 191-201, <https://doi.org/10.1007/s10896-019-00056-0>.
- 189 S. Beattie et H. Hutchins, *Shelters for abused women in Canada*, Statistique Canada, 2014. En ligne à www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2015001/article/14207-eng.htm.
- 190 N. Poole et coll., supra note 5.
- 191 International Network of Women who Use Drugs, supra note 182. Voir aussi, S. LeBlanc for Out of the Cold Emergency Shelter, *Harm Reduction and Shelters: A jurisdictional scan of harm reduction initiatives in Canada*, novembre 2018; et N. Poole et coll., supra note 54.
- 192 A. Hovey et coll., supra note 188.
- 193 *Survivre à la violence et renforcer la résilience - Étude sur le réseau canadien de refuges et de maison de transition qui desservent les femmes et leurs enfants affectés par la violence : Rapport du Comité permanent de la condition féminine*, 42^e législature, 1^{re} session, mai 2019. En ligne à www.noscommunes.ca/Content/Committee/421/FEWO/Reports/RP10429173/feworp15/feworp15-f.pdf.
- 194 Ibid. Voir aussi A. Hovey et coll., supra note 188; Provincial Association of Transition Houses and Services of Saskatchewan, *Shelter Standards*, révisé en février 2019, stipulant que l'alcool, la marijuana sans ordonnance et les drogues illégales sont interdits dans les refuges. En ligne à <https://pathssk.org/wp-content/uploads/2019/05/Shelter-Standards-rev-Feb-2019.pdf>. Voir aussi Newfoundland Department of Health and Community Services, *Provincial Transition Houses Operational Standards*, juin 2010, établissant un critère d'admission selon lequel les femmes « ne doivent pas ... être sous l'influence de drogues ou d'alcool ». En ligne à www.health.gov.nl.ca/health/publications/transition_operational_standards_2010.pdf.
- 195 A. Hovey et coll., supra note 188.
- 196 Ibid.
- 197 S. Beattie et H. Hutchins, supra note 189. Pour une discussion des raisons pour lesquelles des refuges peuvent préférer des programmes fondés sur l'abstinence (plutôt que sur la réduction des méfaits), voir A. Hovey et coll., supra note 188.
- 198 M. Alexander, *Harm Reduction in VAW Shelters: Realities of Service*, Ontario Association of Interval and Transition Houses (OAIH), 2013.
- 199 Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, supra note 75, p. 164.
- 200 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.

- 201 Voir Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, *Violence faite aux femmes (VFF) - Normes applicables aux maisons d'hébergement*, 2015, art. 2.9 Use of 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. »
- 202 A. Hovey et coll., supra note 188.
- 203 A. Stensrud, supra note 187.
- 204 *Survivre à la violence et renforcer la résilience - Étude sur le réseau canadien de refuges et de maison de transition qui desservent les femmes et leurs enfants affectés par la violence : Rapport du Comité permanent de la condition féminine*, supra note 193; A. Hovey et coll., supra note 188.
- 205 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.
- 206 L'art. 2(1) de la LRCDas définit le « trafic » comme suit : « Relativement à une substance inscrite à l'une ou l'autre des annexes I à V [de la Loi], toute opération de vente — y compris la vente d'une autorisation visant son obtention —, d'administration, de don, de transfert, de transport, d'expédition ou de livraison portant sur une telle substance — ou toute offre d'effectuer l'une de ces opérations — qui sort du cadre réglementaire. »
- 207 J. Boyd et coll., « Gendered violence & overdose prevention sites: A rapid ethnographic study during an overdose epidemic in Vancouver, Canada », *Addiction*, (2018) 1113:12, p. 2261-2270. DOI: 10.1111/add.14417.
- 208 R. McNeil R. et coll., supra note 55.
- 209 G. Kolla et coll., supra note 41.
- 210 Réseau juridique canadien VIH/sida, supra note 93.
- 211 International AIDS Society, supra note 138.
- 212 La question de l'accès au traitement de la toxicomanie a également été examinée par l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. La Commission a recommandé que les pratiques judicieuses pour la mise en œuvre de programmes de traitement de la toxicomanie comprennent des programmes de traitement qui bénéficient à toute la famille en offrant aux enfants un soutien en matière de santé mentale pendant que les parents reçoivent un traitement de la toxicomanie; des programmes de traitement ancrés dans la culture, tels que des programmes axés sur la nature et des programmes faisant appel aux Aînés; une plus grande disponibilité des programmes de traitement locaux, y compris dans les communautés du Nord et dans les centres urbains; un accès en temps opportun aux programmes de traitement afin de soutenir les personnes lorsqu'elles sont prêtes à commencer le traitement; et des soins de suivi, notamment de l'aide permanente à la santé mentale pour les personnes se rétablissant de problèmes de toxicomanie et la mobilisation de leur famille ainsi que de leur communauté pour les aider. Les participant-es ont fait observer que les soins de suivi sont particulièrement importants dans le cas des personnes qui ont dû s'éloigner de leur communauté d'origine pour recevoir un traitement. Voir 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*, supra note 75, p. 154. En ligne à www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/MMIWG_Final_Report_Vol_1b_French-FINAL.pdf.
- 213 A. Bayoumi, C. Strike et coll., supra note 38.
- 214 International Network of Women who Use Drugs, supra note 182.
- 215 J. Boyd et coll., supra note 207.
- 216 Ibid.
- 217 Ibid.
- 218 Ibid.
- 219 Ibid.
- 220 Voir le site Web d'Atira, à <https://atira.bc.ca/what-we-do/program/sisterspace/>. Voir aussi Women's Hospital, « Women-only overdose prevention site opens » (communiqué), 16 mai 2017.
- 221 <https://atira.bc.ca/what-we-do/programs/>
- 222 M. Thulien, T. Nathoo, J. Worrall et coll., *SisterSpace, Shared using rooms, Women-only overdose prevention site: Three-month development evaluation*, août 2017. En ligne à www.atira.bc.ca/sites/default/files/SisterSpace_Report_August2017.pdf
- 223 Ibid.
- 224 Ibid.
- 225 SisterSpace, Program Update, août 2018. En ligne à https://atira.bc.ca/sites/default/files/SisterSpaceUpdate_July%2031%202018.pdf.
- 226 Ibid.
- 227 M. Thulien, T. Nathoo, J. Worrall et coll., supra note 222. Voir aussi B.C. Center for Excellence for Women's Health and Atira, *SisterSpace: Canada's First Women-Only Shared Using Room*, a 2018 video En ligne à www.youtube.com/watch?v=UU-QwGwUJmg&feature=youtu.be.
- 228 M. Thulien, T. Nathoo, J. Worrall et coll., supra note 222.
- 229 Atira, supra note 220.
- 230 A. Niccols, C. A. Dell et S. Clarke, supra note 159.
- 231 Ce site, géré par RAGAZZA et situé à Hambourg, en Allemagne, offre des services aux femmes qui consomment des drogues et qui se livrent également au commerce du sexe. Les femmes ont déclaré se sentir plus détendues, plus à l'aise et plus en sécurité sur le site que dans les espaces accessibles aux hommes, et ont déclaré qu'elles pouvaient parler plus ouvertement de leurs problèmes et faire plus facilement confiance au personnel. Un site du SCS à Bienne, en Suisse, propose des services réservés aux femmes à raison de deux heures par semaine. Voir European Harm Reduction Network, *Salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités*, 2014.
- 232 British Columbia Centre on Substance Use, *Supervised Consumption Services: Operational Guidance*, 2017.
- 233 Voir la page Web www.torontocentralhealthline.ca/displayservice.aspx?id=186647.
- 234 Voir le dépliant du Regent Park Community Health Centre : www.regentparkchc.org/sites/default/files/files/Women's%20OOPS%20and%20Drop-in%20Flyer.pdf. Dernière consultation en date de mars 2020.
- 235 City of Toronto, *Toronto Indigenous Overdose Strategy: Summary Report*, janvier 2019.
- 236 R. McNeil R. et coll., supra note 55.
- 237 Voir Brave Technology Cooperative, *Snapshot: April 2019* à <https://static1.squarespace.com/static/5ae19ee7f79392f31975dc-d5/t/5d07d114f4e9b10001f49c01/1560793400063/BraveSnapshot+-+24+April+2019.pdf>.
- 238 A. Collins et coll., supra note 4.
- 239 British Columbia Center on Substance Use, supra note 232; et G. Kolla, R. Penn et C. Long, *Evaluation of the Overdose Prevention Sites at Street Health and St. Stephen's Community House*, Street Health et St. Stephen's Community House, 2019.
- 240 Voir B.C. Centre for Excellence for Women's Health et Atira, supra note 227.
- 241 Bien qu'il soit couramment utilisé dans la littérature de recherche, le terme « pair-e » peut être stigmatisant. Comme l'a décrit le groupe de travail des personnes ayant une expérience vécue de l'Initiative canadienne de recherche en abus de substance (ICRAS/CRISM) : « Toutefois, dans le domaine de la réduction des méfaits, le terme « pair » a également été utilisé pour délimiter une frontière invisible qui entraîne des inégalités matérielles entre les professionnels de la réduction des méfaits qui consomment des drogues et ceux qui n'en consomment pas ouvertement. » [trad.] CRISM People with Lived Expertise of Drug Use (PWLE) National Working Group, *Having a Voice and Saving Lives: A survey by and for people who use drugs and work in harm reduction*, juillet 2019.
- 242 M. Thulien, T. Nathoo, J. Worrall et coll., supra note 222.
- 243 ICRAS, People with Lived Expertise of Drug Use (PWLE) National Working Group, supra note 241.

- 244 Des recherches récentes ont toutefois mis en évidence les effets négatifs involontaires de modèles de santé qui reposent sur la fourniture de soins par des personnes ayant une expérience de la consommation de drogues, qui risquent de dépasser les paramètres de l'emploi avec peu de systèmes de soutien en place; qui peuvent être confrontées à la stigmatisation, à la discrimination en milieu de travail et/ou à des déséquilibres de pouvoir entre le personnel ayant une expérience de la consommation de drogues et le personnel n'en ayant pas; et qui risquent également de s'épuiser, de rechuter ou d'augmenter la consommation problématique de drogues, la disparité, les traumatismes et le deuil. Devant une prise de conscience croissante du fait que la participation de personnes ayant une expérience de la consommation de drogues à la réduction des méfaits peut avoir à la fois des avantages et des conséquences non désirées, les personnes qui consomment de drogues ont demandé que les lieux de travail rehaussent et promeuvent des politiques et des pratiques équitables (y compris un salaire égal pour un travail égal, la fourniture d'avantages et de ressources en matière de santé, des politiques abordant la représentation symbolique et la dévalorisation des personnes qui consomment ou ont consommé des drogues) et le renforcement des capacités. CRISM People with Lived Expertise of Drug Use (PWLE) National Working Group, supra note 241.
- 245 Ibid.
- 246 M. C. Kennedy et coll., « 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.
- 247 G. Kolla, R. Penn et C. Long, supra note 239.
- 248 Global Network of Sex Work Projects et International Network of People who Use Drugs, supra note 122.
- 249 J. Boyd et coll., supra note 207. Voir aussi Street Health et Regent Park Community Health Centre, supra note 129.
- 250 International Network of Drug Consumption Rooms, *Online census of Drug Consumption Rooms (DCRs) as a setting to address HCV: current practice and future capacity, Report*, 2018.
- 251 Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, *Implementing Supervised Injection Services*, février 2018. En ligne à https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/Implementing_supervised_injection_services.pdf.
- 252 BC Centre for Disease Control, *BC Overdose Prevention Site, Services Guide*, 2019. Voir aussi, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, *ibid.*
- 253 British Columbia Centre on Substance Use, supra note 232.
- 254 « Specialized overdose prevention strategies needed for women », Vancouver Coastal Health Research Institute, 13 janvier 2019. En ligne à www.vchri.ca/stories/articles/2019/01/13/specialized-overdose-prevention-strategies-needed-women. G. Kolla, R. Penn et C. Long, supra note 239.
- 255 Pour plus de détails sur l'historique des SCS et des SPS, voir Réseau juridique canadien VIH/sida, supra note 93.
- 256 J. Boyd et coll., supra note 207.
- 257 Voir 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 », abrégé, Congrès de l'ACR, 26-29 avril 2018. Voir aussi G. Kolla et coll., supra note 41.
- 258 R. McNeil, W. Small, H. Lampkin et coll., supra note 40.
- 259 Ibid.
- 260 N. Fairbairn et coll., supra note 37, citant N. Wright, C. N. Tompkins, L. Sheard, « Is peer injecting a form of intimate partner abuse? A qualitative study of the experiences of women drug users », *Health & Social Care in the Community* 2007, 15:417-425; 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. Voir aussi, 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.
- 261 R. McNeil, W. Small, H. Lampkin et coll., supra note 40.
- 262 Ibid.
- 263 BC Centre for Disease Control, supra note 252.
- 264 Voir www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/sites-consommation-supervisee/statut-demandes.html (consulté le 28 mars 2020).
- 265 V. Bungay et coll., supra note 74.
- 266 Au moment de la rédaction du présent document, AIDS Saskatoon avait reçu une exemption pour fournir ce service, mais celui-ci n'était pas encore en fonction.
- 267 Association canadienne des personnes qui utilisent des drogues (ACPUD), *Source sûre – Document conceptuel*, février 2019. (https://capud.ca/sites/default/files/2019-03/CAPUD%20safe%20supply%20French%20dft%20March%203%202019_0.pdf) Voir aussi, N. Rai, A. Sereda, J. Hales et G. Kolla, « Urgent call on clinicians: Prescribe alternatives to poisoned drug supply », *HealthyDebate*, 19 juin 2019. En ligne à <https://healthydebate.ca/opinions/safer-supply-opioids>.
- 268 N. Rai, A. Sereda, J. Hales et G. Kolla, *ibid.*
- 269 Voir, p. ex., D. Izenberg et S. Marwaha, « Safe supply: The debate around prescribing opioids to people who use drugs », *Healthy Debate*, 15 août 2019. En ligne à <https://healthydebate.ca/2019/08/topic/safe-supply>. J. Bieman, « London doctor prescribing opioids to users in bold drug-crisis response », *The London Free Press*, 20 juin 2019. T. Lupick, S. Fenn, G. Katic et A. Kim, « Legal Heroin: As the fentanyl crisis continues, one Vancouver doctor moves people out of the alleys and into a clinic », *The Georgia Straight*, 11 mars 2017. En ligne à www.straight.com/news/878356/fentanyl-crisis-continues-one-vancouver-doctor-moves-people-out-alleys-and-clinic. A. Woo, « Biometric opioid dispensing machine first of its kind to address demand for safer drug supply », *Globe and Mail*, 17 janvier 2020. En ligne à www.theglobeandmail.com/canada/british-columbia/article-biometric-opioid-dispensing-machine-first-of-its-kind-to-address/.
- 270 ACPUD, supra note 267.
- 271 G. Kolla, Z. Dodd, J. Ko, N. Boyce, S. Ovens, « Canada's overdose crisis: authorities are not acting fast enough », *The Lancet Public Health* (2019) 25 mars;4(4):e180.
- 272 T. M. Watson et coll., supra note 94.
- 273 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Consumption and Treatment Services: Application guide*, octobre 2018.
- 274 « 'Unacceptable': Toronto board of health chair slams province for supervised injection site cuts », *CBC News*, mars 29, 2019.
- 275 G. Kolla, R. Penn et C. Long, supra note 239.
- 276 Ibid.
- 277 Voir www.streethhealth.ca/services/overdose-prevention-site-ops
- 278 Au Canada, l'administration des services correctionnels pour adultes est une responsabilité partagée : les gouvernements provinciaux/territoriaux ont compétence sur les personnes purgeant des peines de moins de deux ans et le gouvernement fédéral, représenté par le Service correctionnel du Canada, administre les peines de deux ans ou plus. Environ 25 000 personnes sont incarcérées dans des établissements provinciaux/territoriaux, et environ 14 000 autres sont incarcérées dans 43 prisons fédérales à travers le pays, y compris quatre « pavillons de ressourcement » qui offrent des services et des programmes spécifiques aux Autochtones (Statistique Canada, 2019). Six prisons fédérales sont réservées aux femmes. En janvier 2018, le SCC a adopté le « Bulletin de politique provisoire 584 – Projet de loi C-16 (Identité ou expression de genre) », qui, entre autres, place une personne dans un établissement pour hommes ou pour femmes d'après son identité de genre, si cela est sa préférence, sans égard à son anatomie ou au genre indiqué sur ses documents d'identification, à moins de préoccupations prépondérantes de santé ou de sécurité qui ne peuvent être résolues; de plus, cette politique requiert que le personnel du SCC utilise le nom et le pronom choisis par le ou la détenu-e, lors des interactions verbales et dans les documents écrits. Le Bulletin de politique provisoire du SCC sur l'identité ou l'expression de genre est accessible ici : www.csc-scc.gc.ca/acts-and-regulations/584-pb-fr.shtml.
- 279 La population de détenues purgeant une peine de ressort fédéral est passée de 533 en 2009, à 705 en 2019. Voir Bureau de l'enquêteur correctionnel, *Rapport annuel 2018-2019*, 2019 et Bureau de l'enquêteur correctionnel, *Rapport annuel 2017-2018*, 2018.
- 280 Ibid et Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada, « Les Autochtones sous garde fédérale dépassent les 30 % - Énoncé des enjeux et défis de l'enquêteur correctionnel », communiqué de presse, 21 janvier 2020.
- 281 Voir Bureau de l'enquêteur correctionnel, *Rapport annuel 2018-2019*, 2019, et S. Farrell MacDonald et coll., *Délinquantes, toxicomanie et comportement* (Rapport de recherche R-358). Ottawa, Ontario: Service correctionnel du Canada.

- 282 Bureau de l'enquêteur correctionnel, *ibid*, p. 116.
- 283 *Ibid*, p. 17.
- 284 L. Motiuk et B. Vuong, « Re-profiling the drug offender population in Canadian federal corrections », *Forum on Corrections Research*, (2006)18:1, 24-29.
- 285 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 (Sommaire)*. Rapport de recherche R-211, 2010. Ottawa, ON: Service correctionnel du Canada.
- 286 D. Derkzen et coll., « Mental health needs of federal female offenders », *Psychological Services* (2013) 10(1): 24-36.
- 287 M. R. 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*. Rapport de recherche R-222, 2010. Ottawa, ON: Service correctionnel du Canada.
- 288 S. Boyd et K. Faith, « Women, illegal drugs and prison: Views from Canada », *International Journal of Drug Policy* (1999) 10, 195-207; et G. Eljdupovic et R. Bromwich (éds.), *Incarcerated mothers: Oppression and resistance* (Toronto, ON: Demeter Press, 2010).
- 289 G. Eljdupovic et R. Bromwich, *ibid*; et Bureau de l'enquêteur correctionnel, *Rapport annuel 2013-2014*, 2014. Voir aussi V. Michalsen, J. Flavin et T. Krupat, « More than visiting hours: Maintaining ties between incarcerated mothers and their children », *Sociology Compass* (2010)4, 576-591.
- 290 Bureau de l'enquêteur correctionnel, *supra* note 289.
- 291 E. van der Meulen et coll., « A Legacy of Harm: Punitive Drug Policies and Women's Carceral Experiences in Canada », *Women & Criminal Justice* (2018) 28:2, 81-99. DOI: 10.1080/08974454.2017.1307160.
- 292 A. M. 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 des prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida, 2003. Voir aussi L. Rehman, J. Gahagan, A. M. DiCenso et G. Dias, « Harm reduction and women in the Canadian national prison system: Policy or practice? » *Women & Health* (2004) 40(4), 57-73.
- 293 D. Zakaria et coll., *supra* note 285; et F. Kouyoumdjian et coll., « Health status of prisoners in Canada: Narrative review », *Le médecin de famille canadien* (2016) 62:3, p. 215-222.
- 294 Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada, *supra* note 289.
- 295 F. Kouyoumdjian et coll., *supra* note 293.
- 296 D. Zakaria et coll., *supra* note 285.
- 297 Voir, p. ex., M. Tyndall et coll., *supra* note 113; H. Hagan, *supra* note 113.
- 298 D. Zakaria et coll., *supra* note 285.
- 299 A. M. DiCenso, G. Dias et J. Gahagan, *supra* note 292; L. Rehman, J. Gahagan, A. M. DiCenso et G. Dias, *supra* note 292.
- 300 Organisation mondiale de la Santé, *Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS Among Injecting Drug Users, Evidence for Action Technical Papers*, 2004. Voir aussi Ontario Medical Association, *Improving our Health: Why is Canada Lagging Behind in Establishing Needle Exchange Programs in Prisons?*, octobre 2004; R. Carlson et coll., « A preliminary evaluation of a modified needle-cleaning intervention using bleach among injection drug users », *AIDS Education and Prevention* (1998) 10,6: 523-532.
- 301 E. van der Meulen et coll., *Visez juste : Recommandations pour la mise en œuvre de programmes de seringues et d'aiguilles dans les prisons canadiennes*, 2016; et D. Zakaria et coll., *supra* note 285.
- 302 Commission canadienne des droits de la personne, *Protégeons leurs droits : Examen systématique des droits de la personne dans les services correctionnels destinés aux femmes purgeant une peine de ressort fédéral*, 2003.
- 303 Voir Réseau juridique canadien VIH/sida, *Le programme d'échange de seringues du Service correctionnel du Canada : Document de politiques*, 2019. En ligne à www.aidslaw.ca/site/prison-based-needle-and-syringe-programs/?lang=fr.
- 304 Bureau de l'enquêteur correctionnel, *supra* note 281, p. 19.
- 305 *Ibid*, p.18.
- 306 Organisation mondiale de la Santé, *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*, 2009. En ligne à https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43948/9789241547543_eng.pdf?sequence=1.
- 307 Voir, p. ex., West Coast Prison Justice Society, « Representative human rights complaint against Correctional Service Canada (CSC) on behalf of federal prisoners with opioid use disorder », 4 juin 2018; et F. Kouyoumdjian et coll., « Physician prescribing of opioid agonist treatments in provincial correctional facilities in Ontario, Canada: A survey », *PLoS One*. 2018; 13(2): e0192431.
- 308 G. Dias et G. Betteridge, *Temps dur : Programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada*, Réseau juridique canadien VIH/sida et PASAN, 2007.
- 309 Service correctionnel du Canada, *Lignes directrices spécifiques pour le traitement de la dépendance aux opiacés (méthadone/Suboxone®)*, septembre 2016.
- 310 J. Thompson, D. Zakaria et B. Grant, *Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque – Sommaire des conclusions concernant les femmes*, Service correctionnel du Canada, 2011.
- 311 Service correctionnel du Canada, *Directive du commissaire n° 800 – Services de santé*, 2015, art. 10(b).
- 312 Réseau juridique canadien VIH/sida, « Vecteurs, véhicules et victimes » : *le VIH/sida et les droits humains des femmes au Canada*, 2005.
- 313 D. Kunic et D. D. Varis, *Le Programme pour délinquants autochtones toxicomanes : Examen des effets de l'achèvement avec succès du programme sur les résultats postlibératoires*, Service correctionnel du Canada, 2009.
- 314 M. Wesley, *Marginalisées : L'expérience des femmes autochtones au sein des services correctionnels fédéraux*. (Ottawa, ON: Unité des politiques correctionnelles autochtones, Sécurité publique Canada, 2012).
- 315 Bureau de l'enquêteur correctionnel, *supra* note 281, p. 75.
- 316 F. I. Matheson, S. Doherty et B. A. Grant, *Le Programme d'intervention pour délinquantes toxicomanes et la réinsertion sociale*, Service correctionnel du Canada, 2008.
- 317 M. R. Barrett, K. Allenby et K. Taylor, *supra* note 287.
- 318 Gouvernement du Canada, « Le gouvernement Harper souligne la sanction royale de la Loi concernant l'éradication des drogues dans les prisons », communiqué de presse, Ottawa, 18 juin 2015.
- 319 *Loi concernant l'éradication des drogues dans les prisons*, L.C. 2015, ch. 30.
- 320 Voir, p. ex., « Réponse au rapport annuel de 2017-2018 du Bureau de l'enquêteur correctionnel », Service correctionnel du Canada. En ligne à www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20172018-fra.aspx#s14. Voir aussi Service correctionnel du Canada, *Rapport annuel sur les décès en établissement 2015-2016*, 2017. En ligne à www.csc-scc.gc.ca/research/005008-3010-fr.shtml#23.
- 321 L. McKendy, S. Biro et L. A. Keown, *Incidents de surdose chez les délinquants sous responsabilité fédérale, de 2012-2013 à 2016-2017*, Service correctionnel du Canada, 2018. En ligne à www.csc-scc.gc.ca/research/092/sr-18-02-fr.pdf.
- 322 Voir, p. ex., D. Taekema, « Female inmate dead after 2 suspected opioid overdoses at Barton Jail in 12 hours », *CBC News*, 12 avril 2019. En ligne à www.cbc.ca/news/canada/hamilton/female-inmate-dead-after-2-suspected-opioid-overdoses-at-barton-jail-in-12-hours-1.5095997. Voir aussi D. Taekema, « 5 female inmates suffer suspected drug overdoses at Barton jail in just 5 days », *CBC News*, 21 mai 2019. En ligne à www.cbc.ca/news/canada/hamilton/barton-jail-suspected-overdose-female-inmates-1.5143038.
- 323 Gouvernement du Canada, *Foire aux questions : Accès à la naloxone au Canada (y compris le Vaporisateur Nasal NARCAN™)*, 30 juin 2017. En ligne à www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/annonces/vaporisateur-nasal-narcan-foire-questions.html.
- 324 A. Heydari, « Supervised consumption site in federal prison will be 1st in Canada, says union », 9 juin 2019, *CBC News*, www.cbc.ca/news/canada/calgary/supervised-consumption-site-drumheller-institution-1.5168155.
- 325 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. En ligne à www.aidslaw.ca/site/statement-proposed-supervised-injection-site-in-albertas-drumheller-institution-cannot-replace-a-prison-based-needle-and-syringe-program/?lang=fr.

- 326 Réseau juridique canadien VIH/sida, *ibid*.
- 327 Voir, p. ex., British Columbia Coroners Service, *BC Coroners Service Death Review Panel: A Review of Illicit Drug Overdoses, Report to the Chief Coroner of British Columbia*, avril 2018. En ligne à www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/death-review-panel/bccs_illicit_drug_overdose_drp_report.pdf. Voir aussi E. Groot, F. Kouyoumdjian, L. Kiefer et coll., « Drug Toxicity Deaths after Release from Incarceration in Ontario, 2006-2013: Review of Coroner's Cases », *PLoS ONE* (2016)11(7): e0157512. doi:10.1371/journal.pone.0157512.
- 328 J. Boyd et coll., *supra* note 207; et Vancouver Coastal Health Research Institute, *supra* note 254.
- 329 M. Shokoohia et coll., *supra* note 20.
- 330 T. Azima, I. Bontella et S. Strathdee, *supra* note 65; et M. Shokoohia et coll., *ibid*.
- 331 N. Poole et coll., *supra* note 54.
- 332 Réseau canadien autochtone du sida et Coalition interagence sida et développement, *supra* note 18.
- 333 Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, *supra* note 48, p. 482.
- 334 Global Network of Sex Work Projects et International Network of People who Use Drugs, *supra* note 122.
- 335 K. Malinowska-Sempruch et O. Rychkova, *The impact of drug policy on women*, Open Society Foundations, 2015.
- 336 UNGASS, *supra* note 78.
- 337 Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Observations finales concernant les huitième et neuvième rapports périodiques (présentés en un seul document) du Canada*, CE-DAW/C/CAN/CO/8-9, 18 novembre 2016, paragr. 44-45.
- 338 Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *ibid*. Voir aussi les appels à l'action de 2015 de la Commission de vérité et de réconciliation à l'intention du Canada, de « combler les écarts dans les résultats en matière de santé entre les communautés autochtones et les communautés non autochtones », de « s'engager à éliminer, au cours de la prochaine décennie, la surreprésentation des Autochtones en détention »; et de « modifier le *Code criminel* afin de permettre aux juges de première instance, avec motifs à l'appui, de déroger à l'imposition des peines minimales obligatoires de même qu'aux restrictions concernant le recours aux peines d'emprisonnement avec sursis ».
- 339 Voir, p. ex., Assemblée générale des Nations Unies, rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, A/65/255, 6 août 2010; Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Anand Grover, mémoire au Comité contre la torture, relativement aux lois sur le contrôle des drogues, 19 octobre 2012; lettre ouverte du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Dainius Pūras, dans le contexte des préparatifs pour la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le problème mondial de la drogue (SEAGNU) à New York en avril 2016, adressée au directeur général de l'ONUDC, Yury Fedotov, 7 décembre 2015.
- 340 Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan E. Méndez, Assemblée générale des Nations Unies, UN doc. A/HRC/22/53, 1^{er} février 2013.
- 341 Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination, Deuxième débat : position commune du système des Nations Unies sur la politique en matière de drogues, UN Doc. CEB/2018/2, 18 janvier 2019.
- 342 International Centre on Human Rights and Drug Policy, ONUSIDA, PNUD, OMS, *International Guidelines on Human Rights and Drug Policy*, mars 2019.
- 343 Voir les règles 10, 12 et 15 des *Règles des Nations Unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes (Règles de Bangkok)*, A/RES/65/229, 16 mars 2011.
- 344 Réseau juridique canadien VIH/sida, « Le Canada doit adopter une approche de droits humains aux politiques sur les drogues », Déclaration, 22 novembre 2018. Cette déclaration a été signée par Amnistie internationale Canada, le Réseau canadien autochtone du sida, l'Association canadienne des personnes qui utilisent des drogues, la Coalition canadienne des politiques sur les drogues, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association canadienne de santé publique, la Criminal Lawyers' Association, la HIV & AIDS Legal Clinic Ontario (HALCO), Moms Stop The Harm, moms united and mandated to saving the lives of Drug Users (mumsDU) et la Pivot Legal Society.
- 345 Association canadienne de santé publique, *La décriminalisation de l'usage personnel de substances psychotropes*, novembre 2017.
- 346 Association canadienne pour la santé mentale, *Soutenir et non punir : désamorcer la crise des opioïdes au Canada*, avril 2018.
- 347 Réseau juridique canadien VIH/sida, *supra* note 344.
- 348 N. Thompson, « Toronto board of health to urge federal government to decriminalize drug use », *The Globe and Mail*, 16 juillet 2018.
- 349 E. Mathieu, « Chief medical officer calls for decriminalization of all drugs for personal use », *The Toronto Star*, 9 juillet 2018. En ligne à www.thestar.com/news/gta/2018/07/09/chief-medical-officer-calls-for-decriminalization-of-all-drugs-for-personal-use.html.
- 350 Direction régionale de santé publique de Montréal, « Décriminalisation des drogues pour usage personnel », communiqué, 27 juillet 2018.
- 351 Office régional de la santé de Winnipeg, *Position statement on harm reduction*, décembre 2016.
- 352 BC Office of the Provincial Health Officer, *Stopping the Harm: Decriminalization of people who use drugs in BC*, avril 2019.
- 353 C. Bains, « B.C. doctor [Medical Health Officer of Vancouver Coastal Health] calls for illicit drug regulation to save lives », Canadian Press, 26 juillet 2019; ACPUD, *supra* note 267; BC Centre for Disease Control, *2018 BC Overdose Action Exchange*, octobre 2018.
- 354 Réseau juridique canadien VIH/sida, *supra* note 93.
- 355 Voir, p. ex., BC Centre for Disease Control, *supra* note 353.
- 356 Voir Canadian Alliance for Sex Work Law Reform, *Safety, Dignity, Equality: Recommendations for Sex Work Law Reform in Canada*, 2017.
- 357 *Survivre à la violence et renforcer la résilience - Étude sur le réseau canadien de refuges et de maison de transition qui desservent les femmes et leurs enfants affectés par la violence : Rapport du Comité permanent de la condition féminine*, *supra* note 193.
- 358 West Coast LEAF, *supra* note 151.
- 359 International Network of People who Use Drugs, *Drug User Peace Initiative: A War on Women Who Use Drugs*, 2014.
- 360 E. van der Meulen et coll., *supra* note 291.
- 361 International Drug Policy Consortium, *The Barcelona Declaration*, 2019. En ligne à <https://idpc.net/alerts/2019/04/the-barcelona-declaration>.



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