

# UNE INJECTION DE RAISON – ANALYSE CRITIQUE DU PROJET DE LOI C-2 (Q&R)


Cécile Kazatchkine, *Réseau juridique canadien VIH/sida*

Richard Elliott, *Réseau juridique canadien VIH/sida*


Donald MacPherson, *Coalition canadienne des politiques sur les drogues*



Coalition canadienne  
des politiques  
sur les drogues



Le Projet de loi C-2 porte atteinte aux droits des personnes qui consomment des drogues d'avoir accès à des services qui sauvent des vies et qui protègent la santé. Lisez plus d'information à propos des services de consommation supervisée, au Canada et dans le monde, et sur leur effet positif pour les individus et pour les communautés.



### QU'EST-CE QUE LE PROJET DE LOI C-2 ?

Le Projet de loi C-2, aujourd'hui devant le parlement canadien, prévoit un processus excessif et déraisonnable en matière de demande d'exemptions qui compliquera la tâche aux autorités de santé et aux organismes communautaires désireux d'offrir des services de consommation supervisée aux personnes qui font usage de drogue.

Au Canada, l'article 56 autorise le ministre fédéral de la Santé à soustraire un service ou une activité à l'application de dispositions de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDAS) lorsque des raisons médicales, scientifiques ou encore d'intérêt public le justifient. Les services de consommation supervisée doivent bénéficier d'une exemption en vertu de l'article 56 pour pouvoir fonctionner en toute sécurité. Sans exemption, les utilisateurs de ces services et les membres du personnel s'exposent à un risque de poursuites au criminel pour possession de drogues illégales, en vertu de la LRCDAS. Avec le nouveau Projet de loi C-2 les demandeurs d'exemptions seront obligés de soumettre un grand nombre d'informations avant même que le/la ministre de la Santé ne puisse examiner leur demande. De plus, et contrairement à l'esprit d'une décision récente de la Cour suprême du Canada, les exemptions ne seront accordées que dans des « circonstances exceptionnelles ».

Le Projet de loi C-2 a initialement été déposé par le gouvernement fédéral en juin 2013, sous le libellé de Projet de loi C-65, *Loi sur le respect des collectivités*. Il est mort au feuillet lors de la prorogation du Parlement, en septembre 2013. Cependant, le même projet de loi a rapidement été ré-introduit en octobre 2013 sous le libellé de Projet de loi C-2. Celui-ci a été largement critiqué par des experts en santé publique ainsi qu'en droits de la personne. Le gouvernement du Québec s'est également opposé au projet de loi.<sup>1</sup>

« Un gouvernement réellement engagé à l'égard de la santé et de la sécurité publiques s'efforcerait d'améliorer l'accès aux services de prévention et de traitement, plutôt que de créer plus d'obstacles. »

Barb Mildon, présidente, Association des infirmières et infirmiers du Canada

### QU'EST-CE QUE LES SERVICES DE CONSOMMATION SUPERVISÉE ?

Les services de consommation supervisée (parfois appelés « centres d'injection supervisée » ou « salles de consommation de drogues ») sont des services de santé qui offrent aux personnes qui font usage de drogues, un endroit sécuritaire et hygiénique où consommer des drogues obtenues ailleurs, sous la supervision d'employés formés.

Les services de consommation supervisée s'inscrivent dans une approche plus large en matière de drogues, appelée la « réduction des méfaits ». Cette approche promeut la sécurité, la santé et la dignité. De nombreuses personnes qui font usage de drogues sont dans l'incapacité de cesser de consommer ou n'en ont pas la volonté malgré tous les efforts déployés afin de prévenir l'initiation ou l'usage continu de drogues.<sup>2</sup> Les services de consommation supervisée, comme d'autres services de réduction des méfaits (p. ex., les programmes de seringues et d'aiguilles), sont une réponse pragmatique, nécessaire et compassionnelle, à cette réalité. En offrant un endroit où consommer des drogues en toute sécurité avec du matériel stérile et où entrer en contact avec des services de soins et d'autres services sociaux sans crainte d'être arrêté ou harcelé, les services de consommation supervisée procurent une certaine protection aux plus marginalisés, dont les besoins sociaux, physiques et de santé mentale sont rarement comblés.<sup>3</sup> Les services de consommation supervisée ont pour objectifs de :

1. réduire les risques pour la santé qui sont souvent associés à la consommation de drogues, notamment la

transmission de maladies infectieuses par le partage de matériel d'injection et les décès par surdose;

2. améliorer l'accès aux services de santé, aux traitements et aux services sociaux, pour les groupes les plus vulnérables de personnes qui consomment des drogues; et

3. contribuer à la sécurité ainsi qu'à la qualité de vie des communautés locales, en atténuant l'impact de la consommation de drogues à ciel ouvert et en réduisant le nombre de seringues usagées jetées dans les lieux publics.<sup>4</sup>

Les services de consommation supervisée ne sont qu'une facette de ce qui devrait être une approche de santé publique complète en matière de drogues. Ces services ne sont pas exclusifs des services de traitement de la toxicomanie. Au contraire, ils sont complémentaires. Les traitements ne sont pas toujours une option. Certaines personnes ne sont pas en mesure de cesser de consommer des drogues. D'autres, pour qui les traitements ont fonctionné un temps, peuvent, pour tous types de raisons, recommencer à consommer. C'est pourquoi une gamme complète de services est nécessaire, et c'est pourquoi des services de consommation supervisée ont été intégrés dans les programmes de traitement de la toxicomanie et de réduction des méfaits, au cours des 20 dernières années, en Europe occidentale, en Australie et au Canada.

« La "réduction des méfaits" concerne les lois, les programmes et les pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences néfastes tant au niveau de la santé qu'au niveau socio-économique, sans nécessairement diminuer la consommation de drogues. La réduction des méfaits bénéficie aux personnes qui consomment des drogues, à leurs familles ainsi qu'à la communauté. »<sup>5</sup>

Harm Reduction International

## COMMENT FONCTIONNENT LES SERVICES DE CONSOMMATION SUPERVISÉE ?

Les services de consommation supervisée sont souvent situés à proximité des endroits où la consommation de drogue est visible. Le personnel se compose d'infirmiers, de conseillers, de pairs intervenants et d'autres travailleurs expérimentés qui offrent du matériel stérile, de l'éducation sur les pratiques plus sécuritaires de consommation (d'injection plus sécuritaire, par exemple) ainsi qu'une supervision et de l'aide d'urgence qui permet de prévenir des complications et d'intervenir en cas de surdose. Dans certains cas, il y a aussi des employés qui offrent des soins de santé primaires comme le traitement de plaies et d'infections de la peau, des services de vaccination et de dépistage d'infections transmissibles sexuellement et par le sang ainsi que du counselling. Les clients se présentent avec de la drogue achetée ailleurs; aucune drogue n'est fournie par le personnel. Selon le contexte local, les services de consommation supervisée peuvent se limiter à la consommation de drogue par injection, ou ils peuvent aussi inclure d'autres modes de consommation comme l'inhalation. Bien que les services de consommation supervisée soient le plus souvent intégrés dans des unités de santé ou des organismes communautaires offrant déjà d'autres services, ils peuvent également être offerts dans des centres uniquement réservés à cette fin, ou encore sous forme d'initiative mobile de proximité. Ils sont habituellement en contact étroit avec des services sociaux et de santé complémentaires.

## OÙ PEUT-ON TROUVER DES SERVICES DE CONSOMMATION SUPERVISÉE ?

Les premiers centres de services de consommation supervisée ont vu le jour en Suisse, en Allemagne et aux Pays-Bas, dans les années 1980 et au début des années 1990, en réponse à l'émergence des épidémies de VIH et d'hépatite C (VHC), à l'augmentation de la consommation de drogues à ciel ouvert ainsi que du nombre de décès par surdose. Plus de 90 services de consommation supervisée sont aujourd'hui en fonction. À l'exception du Canada et de l'Australie, tous les services de consommation supervisée sont situés en Europe occidentale.<sup>6</sup>

Au Canada, on compte actuellement deux services d'injection supervisée situés à Vancouver. Insite a ouvert ses portes dans le quartier Downtown Eastside – où vivent certaines des personnes les plus vulnérables au pays.<sup>7</sup> Ce centre fonctionne en vertu d'une exemption légale octroyée par le ministre fédéral de la Santé à condition que son programme fasse l'objet d'une rigoureuse évaluation. Insite est le fruit de la collaboration entre la communauté du Downtown Eastside et les autorités municipales, provinciales et fédérales. On y trouve douze compartiments d'injection où les clients s'assoient pour s'injecter des drogues déjà en leur possession avant leur arrivée; des infirmières et du personnel de santé sont présents et supervisent les injections. Si une surdose se produit, l'équipe est présente pour intervenir immédiatement. Les infirmières d'Insite fournissent d'autres soins de santé, notamment le traitement de plaies ainsi que des services de vaccination. Des conseillers en toxicomanie, des intervenants en santé mentale et des pairs intervenants peuvent également mettre les clients en contact avec des ressources communautaires, que ce soit en matière de logement, de traitement de la toxicomanie ou d'autres services de soutien. Depuis 2007, le personnel d'Insite a également la possibilité de référer les clients à Onsite, un centre de désintoxication situé à l'étage au-dessus.<sup>8</sup>

L'autre service de consommation supervisée à Vancouver est intégré au Dr. Peter Centre, depuis 2002. Le Dr. Peter Centre offre un programme de jour de santé et de soins dans le domaine du VIH/sida ainsi qu'une résidence pour les personnes vivant avec le VIH/sida où des soins infirmiers sont accessibles en tout temps. Le Centre s'adresse en particulier aux patients qui ont des troubles médicaux multiples, notamment des toxicomanies, et qui rencontrent divers obstacles sociaux.<sup>9</sup> En janvier 2014, le Centre a fait une demande d'exemption à la ministre de la Santé, mais il n'a toujours pas reçu de réponse à ce jour.

#### QUEL EST L'IMPACT DES SERVICES DE CONSOMMATION SUPERVISÉE ?

De nombreuses études à travers monde ont documenté l'impact positif des services de consommation supervisée et leur bon fonctionnement est confirmé par une longue

expérience. Insite, à Vancouver, a fait l'objet d'évaluations particulièrement rigoureuses : depuis 2003, plus de 30 articles de recherche ont été publiés dans les revues médicales et scientifiques soumises à l'examen des pairs les plus réputées. Le corpus actuel de la recherche démontre clairement qu'Insite a de nombreux résultats bénéfiques, tant pour les personnes qui consomment des drogues que pour l'ensemble de la communauté :

1. Insite est utilisé par les gens auxquels il est destiné. Les usagers fréquents sont particulièrement à risque de surdose ou de contracter le VIH ou l'hépatite C en raison de l'intensité de leurs pratiques d'injection. Ils sont aussi davantage susceptibles d'être sans abri et de s'injecter dans des lieux publics.
2. Insite a réduit les comportements à risque, comme le partage de seringues.
3. Insite a augmenté le nombre de personnes qui amorcent un traitement.
4. Insite a réduit le risque de surdose et a sauvé des vies en situation de surdose.
5. Insite offre un lieu sûr pour les femmes qui consomment des drogues.
6. Insite a également amélioré l'ordre public, en réduisant le nombre d'injections dans des lieux publics et la quantité de matériel d'injection usagé et jeté dans des lieux publics avoisinants.<sup>10</sup>

« Insite sauve des vies. Ses bienfaits ont été prouvés. Au cours de ses huit années d'exploitation, Insite n'a eu aucune incidence négative observable sur les objectifs en matière de sécurité et de santé publique du Canada. »<sup>11</sup>

Cour suprême du Canada

Les études qui ont tenté de déceler de potentielles conséquences néfastes au fonctionnement d'Insite n'ont trouvé aucune preuve d'impact négatif. Insite n'a pas conduit à une augmentation de la consommation de drogues, pas plus qu'il n'a eu pour effet de dissuader les gens de cesser d'en consommer ou de recourir à un traitement de la toxicomanie.<sup>12</sup> De plus, Insite n'a pas entraîné une augmentation de la criminalité liée à la drogue. Ces conclusions concordent avec les résultats d'évaluations réalisées également en Australie et en Europe.<sup>13</sup>

**Au Canada, de nombreux experts et organismes du domaine de la santé sont en faveur de la mise en œuvre de services de consommation supervisée; notamment : l'Association médicale canadienne; l'Association canadienne des infirmières et infirmiers; l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie; l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario; l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; l'Association canadienne de santé publique; le Health Officers Council of British Columbia; l'Urban Public Health Network; les Médecins de santé publique du Canada; la Toronto Board of Health; le médecin hygiéniste en chef de Toronto; la régie de santé Vancouver Coastal Health; l'Institut national de santé publique du Québec; le Comité consultatif d'experts sur la recherche sur les sites d'injection supervisée, mis sur pied par le ministre fédéral de la Santé; Médecins du Monde Canada; l'Association des médecins spécialistes en santé communautaire du Québec; et l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec.**

### POURQUOI EST-IL PLUS SÉCURITAIRE DE S'INJECTER DES DROGUES DANS UN CENTRE DE SERVICES DE CONSOMMATION SUPERVISÉE ?

Les risques de santé associés à l'injection de drogue sont aggravés par de mauvaises conditions et des circonstances stressantes. L'itinérance, le besoin d'une dose immédiate de drogue et la peur de la police peuvent conduire à s'injecter à la hâte dans des ruelles ou dans d'autres lieux publics. Dans ces circonstances, il n'y a pas suffisamment de temps pour bien doser la quantité de drogue injectée et il existe un risque accru de se piquer à côté de la veine choisie et de développer des abcès. Lorsqu'une personne est seule, dans une chambre d'hôtel ou dans une ruelle, elle ne pourra peut-être pas bénéficier d'une assistance médicale en cas de surdose. Le manque d'accès à du matériel d'injection stérile est associé à un risque accru de partage de seringues et donc de contracter le VIH ou le VHC. Des conditions d'injection insalubres peuvent également donner lieu à des infections. Les services de consommation supervisée offrent aussi aux populations difficiles à rejoindre une occasion de prendre contact avec des fournisseurs de soins et d'autres services, ce qui contribue à l'amélioration générale de leur santé.

« À notre avis, le projet de loi C-2 ne reconnaît pas que les sites d'injection supervisée permettent aux infirmières et infirmiers autorisés d'offrir des soins dans un environnement sécuritaire. Lorsqu'aucun espace sûr n'est disponible pour permettre aux gens de rencontrer les infirmières et infirmiers autorisés, ceux-ci doivent se rendre dans la communauté et dispenser des soins dans les rues, les ruelles et les centres d'hébergement où les gens vivent souvent entassés dans des conditions insalubres. »

Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie

## EXISTE-T-IL DES DONNÉES PROBANTES DÉMONTRANT QUE LES SERVICES DE CONSOMMATION SUPERVISÉE OFFRENT UN BON RAPPORT COÛTS-EFFICACITÉ ?

Oui. Les données indiquent que les services de consommation supervisée sont rentables parce qu'ils peuvent réduire les risques de contracter le VIH et le VHC<sup>14</sup> et parce qu'ils peuvent atténuer la pression sur les services d'urgences et d'hôpitaux en prodiguant des soins sur place en cas de surdose, en reliant les clients à des fournisseurs de soins et en réduisant les risques d'infections associés à des conditions non sécuritaires.<sup>15</sup> La recherche a démontré qu'en prévenant de nouveaux cas d'infection à VIH, Insite et son programme de seringues permettent d'économiser 17,6 millions \$ en soins de santé, ce qui dépasse largement le coût du fonctionnement de l'établissement.<sup>16</sup>

## LES SERVICES DE CONSOMMATION SUPERVISÉE ENTRAÎNENT-ILS DES NUISANCES PUBLIQUES ?

Contrairement aux craintes fréquemment exprimées par les communautés locales, rien n'indique que les services de consommation supervisée ont pour effet d'attirer un plus grand nombre de personnes qui font usage de drogues dans leurs localités. De fait, des recherches ont démontré que les personnes qui s'injectent des drogues ne parcourent que de courtes distances pour accéder à des soins de santé.<sup>17</sup> De plus, les services de consommation supervisée sont logiquement situés dans des endroits où il existe un besoin (c.-à-d., là où il y a une concentration de personnes qui consomment des drogues). Ils sont par ailleurs souvent intégrés dans des services qui travaillent déjà auprès des personnes qui consomment des drogues. Il est certes compréhensible que certains puissent craindre que l'ouverture d'un nouvel établissement de services sociaux ou de santé n'entraîne plus de bruit, de déchets ou d'autres types de nuisance, mais les recherches ont démontré qu'en réalité, une réponse de santé publique à la consommation de drogues, assortie de services de consommation supervisée, conduit à une amélioration des conditions locales. En particulier, les services de consommation supervisée ont été associés

à l'amélioration de l'ordre public, à une diminution du phénomène d'injection dans des lieux publics ainsi que du nombre de seringues usagées retrouvées dans des lieux publics.<sup>18</sup> Des attroupements temporaires à proximité d'un centre de services de consommation supervisée sont éventuellement susceptibles de se produire si les heures d'ouverture ou la capacité de l'établissement ne répondent pas aux besoins locaux (et peuvent, en conséquence, être résolus dans le cadre de planification des services). La coopération entre la police et les services de consommation supervisée, de même que les appuis politiques, peuvent également contribuer à réduire les risques de nuisance.<sup>19</sup> Puisque les services de consommation supervisée sont également bénéfiques à la communauté dans son ensemble, l'opposition de la part de résidents tend à diminuer avec le temps avec des attitudes plus positives au sein de la communauté.<sup>20</sup> À Vancouver, la police joue un rôle important en soutien au centre d'injection supervisée.<sup>21</sup>

## LES SERVICES DE CONSOMMATION SUPERVISÉE CONDUISENT-ILS À UNE AUGMENTATION DE LA CRIMINALITÉ LOCALE ?

Non. Il n'existe aucune preuve indiquant que les services de consommation supervisée stimuleraient la criminalité locale. Les données démontrent qu'Insite, à Vancouver, n'a pas eu d'impact sur le trafic de drogue ni sur les agressions ou les vols dans le quartier.<sup>22</sup> Des observations similaires ont été faites en Europe et en Australie.<sup>23</sup>

« Les attentes en matière de [services de consommation supervisée] doivent demeurer réalistes, car ils ne peuvent répondre à toutes les causes des méfaits liés à la drogue. ... Ils constituent, cependant, une intervention efficace de santé publique qui offre un "environnement plus sécuritaire" afin de réduire les risques inhérents à la consommation de drogues en public; ils sont uniques dans leur capacité à



développer une éducation adaptée aux besoins individuels permettant de conduire à des modifications durables des comportements parmi les populations les plus vulnérables; et ces services ont un impact clairement bénéfique car ils augmentent l'accès des consommateurs de drogues aux services sociaux et aux soins de santé et réduisent l'usage de drogues en public et la nuisance qui en découle. »<sup>24</sup>

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, rapport de 2010.

#### DANS QUEL CONTEXTE S'INSCRIVENT LES SERVICES DE CONSOMMATION SUPERVISÉE AU CANADA ?

En 2008, la ministre fédérale de la Santé a choisi de refuser de prolonger l'exemption dont Insite bénéficiait (en vertu de l'article 56 de la LRCDas) et ce, en dépit de preuves démontrant qu'Insite était une réponse efficace à la propagation dramatique de maladies infectieuses comme le VIH et l'hépatite C et aux taux élevés de surdoses de drogue dans le Downtown Eastside à Vancouver. Les partisans d'Insite, et notamment la PHS Community Services Society (qui gère l'Insite en vertu d'un contrat avec la Vancouver Coastal Health Authority), le Vancouver Area Network of Drug Users (VAN DU) et deux clients individuels, ont contesté ce refus jusqu'à la Cour suprême du Canada. En septembre 2011, la Cour suprême a ordonné à la ministre fédérale de la Santé d'octroyer une exemption, qui demeure en vigueur à ce jour. D'après la Cour, la décision de refuser cette exemption portait atteinte aux droits des clients d'Insite à la vie, à la liberté et à la sécurité de leur personne (il y a atteinte au droit à la sécurité de la personne lorsqu'une loi crée un risque pour la santé en empêchant l'accès à des soins de santé),<sup>25</sup> de façon à la fois « arbitraire » et « exagérément disproportionnée » – ce qui constitue une violation de la *Charte canadienne des droits et libertés*.<sup>26</sup> Plusieurs services de consommation supervisée

sont envisagés à travers le pays mais le Projet de loi C-2 va créer des obstacles déraisonnables à leur mise en place.

#### QU'A DIT LA COUR SUPRÊME DU CANADA SUR LES SERVICES DE CONSOMMATION SUPERVISÉE ET LES FUTURES EXEMPTIONS ?

Selon la Cour suprême du Canada, le ministre de la Santé doit exercer son pouvoir discrétionnaire, d'accorder ou non une exemption, conformément à la *Charte* qui garantit les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne (article 7). Le gouvernement ne peut priver des individus de l'un ou l'autre de ces droits, sauf « en conformité avec les principes de justice fondamentale ». Dans le cas de d'Insite, la Cour suprême a tranché que le refus de la ministre d'accorder une exemption n'était pas conforme aux principes de justice fondamentale car il était à la fois arbitraire et exagérément disproportionné. La décision de la ministre était arbitraire parce qu'elle allait à l'opposé des objectifs de santé et de sécurité publiques de la LRCDas.<sup>27</sup> De surcroît, priver les clients d'Insite de services qui sauvent des vies et qui protègent la santé a un impact « exagérément disproportionné par rapport aux avantages que le Canada peut tirer d'une position uniforme sur la possession de stupéfiants. »<sup>28</sup>

Pour les futures exemptions, le ministre devra trouver un juste équilibre entre les deux objectifs de la LRCDas : la santé et la sécurité publique. Fait important, la Cour suprême a statué que :

« Dans les cas où, comme en l'espèce, la preuve révèle que l'existence d'un site d'injection supervisée diminuera le risque de décès et de maladie et où il n'existe guère, sinon aucune preuve qu'elle aura une incidence négative sur la sécurité publique, le ministre devrait en règle générale accorder une exemption. »<sup>29</sup>

La Cour a identifié cinq facteurs principaux que le ministre de la Santé doit prendre en considération dans la décision d'octroyer ou non une exemption en vertu de la LRCDas :

« ... Les facteurs pris en compte pour rendre une décision relativement à une exemption doivent compren-



dre la preuve, *si preuve il y a*, concernant l'incidence d'un tel centre sur le taux de criminalité, les conditions locales indiquant qu'un centre d'injection supervisée répond à un besoin, la structure réglementaire en place permettant d'encadrer le centre, les ressources disponibles pour voir à l'entretien du centre et les expressions d'appui ou d'opposition de la communauté. »<sup>30</sup>

Ces considérations visent à prévenir de nouvelles décisions arbitraires ou qui causeraient à des individus un préjudice grossièrement disproportionné en entravant leur accès à des services de santé nécessaires. La Cour suprême n'a pas statué qu'une demande d'exemption ne pouvait être examinée, ou une exemption octroyée, que si ces cinq facteurs étaient abordés et/ou satisfaits : elle a simplement précisé que *s'il* existe des preuves concernant ces facteurs, elles doivent être prises en considération.

### LES SERVICES DE CONSOMMATION SUPERVISÉE SONT-ILS CONFORMES AU DROIT INTERNATIONAL ?

L'accès à des services de consommation supervisée est requis non seulement par la *Charte*, mais également par le droit international des droits humains qui reconnaît la réduction des méfaits comme étant inhérente au droit à la santé (reconnu par de nombreux instruments ayant force obligatoire pour le Canada et notamment, le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*).<sup>31</sup> De fait, il existe un consensus international écrasant selon lequel la pleine réalisation du droit à la santé nécessite un accès à des services de réduction des méfaits.<sup>32</sup> Certains pourraient soutenir que les conventions internationales de lutte contre la drogue interdisent la mise en œuvre de services de consommation supervisée.<sup>33</sup> Or cette interprétation rigide est rejetée par la plupart des experts,<sup>34</sup> ainsi que de nombreux pays ayant implanté de tels services. La Section des affaires juridiques de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) – l'instance de consultation juridique de l'ONU sur les enjeux liés à la lutte contre la drogue – a conclu il y a plus d'une décennie que les services de consommation supervisée ne contreviennent pas aux conventions.<sup>35</sup>

### EN QUOI EXACTEMENT LE PROJET DE LOI C-2 AFFECTERA-T-IL LE PROCESSUS D'EXEMPTION ?

Le Projet de loi C-2 crée un régime d'exemption nettement plus restrictif, conçu spécifiquement pour les services de consommation supervisée. En vertu de ce nouveau régime, les exemptions ne pourront être octroyées qu'à des fins médicales (rappelons qu'initialement, Insite s'était vu octroyer une exemption à des fins scientifiques) et dans des « circonstances exceptionnelles ». Le Projet de loi C-2 codifie un contexte répressif qui n'offre aucune souplesse ou marge de manœuvre pour faciliter la mise en place de services de consommation supervisée; le ministère fédéral de la Santé n'est même pas autorisé à examiner une demande d'exemption avant d'avoir reçu les 26 éléments d'information énumérés dans le projet de loi. Clairement, au lieu d'augmenter l'accès à des services de santé cruciaux (tel que reconnu par la Cour suprême du Canada), le Projet de loi C-2 rendra excessivement difficile le processus de demande d'exemption. Et pour ceux qui réussiraient à fournir tous les renseignements superflus requis par le projet de loi, il n'est pas garanti que leur demande soit examinée ni qu'une exemption leur soit accordée même si tous les critères étaient remplis.

### N'EST-IL PAS NORMAL DE SOLLICITER L'OPINION DES COMMUNAUTÉS LOCALES ET DE LA POLICE AVANT D'ÉTABLIR UN SERVICE DE CONSOMMATION SUPERVISÉE ?

Le Projet de loi C-2 exige qu'une demande d'exemption soit accompagnée de preuves de larges consultations auprès d'organismes communautaires locaux, de même que d'une lettre du chef du corps de police. La collaboration avec les communautés locales et la police peut contribuer à une meilleure acceptation du site – et améliorer ainsi son fonctionnement – mais il est injustifié et excessif d'en faire une exigence légale. Il n'existe aucune exigence équivalente pour des services de santé destinés aux personnes qui ne font pas usage de drogues. Les résidents locaux et les autorités policières n'ont pas de droit de décider qui peut accéder ou non à des services de soins de santé. Le fait que les services de consommation supervisée s'adressent aux personnes

qui utilisent des drogues semble être l'unique raison de ce traitement exceptionnel. Cela est particulièrement préoccupant, parce que les personnes qui utilisent des drogues appartiennent à une population marginalisée et stigmatisée et que l'opposition locale à la mise en place de services liés à la drogue risque d'être fondée sur des idées fausses, la peur et des préjugés sur la toxicomanie, les traitements et à la réduction des méfaits.

---

## UNE INJECTION DE RAISON : POURQUOI LE PROJET DE LOI C-2 EST-IL NÉFASTE ?

---

Le Projet de loi C-2 est néfaste parce qu'il porte atteinte au droit des personnes qui utilisent des drogues d'accéder à des services qui sauvent des vies et qui protègent la santé. En particulier :

### **Le Projet de loi C-2 alimente la désinformation sur les services de consommation supervisée.**

- Le Projet de loi C-2 ne reconnaît pas les bienfaits largement établis des services de consommation supervisée en matière de réduction des méfaits sociaux et de santé souvent associés à l'usage de drogues. Il n'est même pas mentionné que les services de consommation supervisée peuvent prévenir des décès par surdose et réduire le nombre de nouvelles infections par le VIH ou le virus de l'hépatite C. De plus, le Projet de loi C-2 fait fi de recherches exhaustives démontrant que les services de consommation supervisée sont réellement bénéfiques à l'ordre public et à la sécurité publique. Il ne se concentre que sur les risques associés à l'utilisation de drogues illicites, comme si les services de consommation supervisée exacerbaient ces risques alors que les données démontrent exactement le contraire.

### **Le Projet de loi C-2 est entièrement contraire à l'esprit de la décision de 2011 de la Cour suprême du Canada.**

- En se concentrant sur la « sécurité publique » au détriment de la santé publique, le projet de loi est en contradiction avec l'emphase de la Cour sur le besoin de trouver un équilibre entre la sécurité et la santé publique. En rendant encore plus difficile la mise en œuvre des services de réduction des méfaits,

le Projet de loi C-2 fait fi de l’assertion de la Cour suprême selon laquelle ces services sont vitaux pour les groupes les plus vulnérables de personnes qui utilisent des drogues, et qu’empêcher l’accès à ces services porte atteinte aux droits de la personne.

### **Le Projet de loi C-2 impose un processus de demande excessif qui ne serait pas exigé pour d’autres services de santé.<sup>36</sup>**

- Les demandeurs doivent fournir plus de 26 éléments d’information différents avant que leur demande ne puisse être examinée par le ministre, y compris des lettres d’autorités (dont le représentant pourrait changer, si le processus venait à se prolonger). Certaines informations pourraient même être impossibles à fournir. Par exemple, un demandeur d’exemption doit fournir des renseignements détaillés sur la « personne responsable » et sur chacun des « principaux membres du personnel proposés ». Il est probablement impossible pour un demandeur de fournir de tels renseignements, d’ailleurs superflus, à l’étape de la demande d’exemption. En raison de ce processus rigide et excessif, plusieurs personnes seront privées de services de santé essentiels.

### **Le Projet de loi C-2 prête un poids disproportionné aux « opinions » sur l’accès à des services de santé cruciaux.**

- Le Projet de loi C-2 exige des lettres d’au moins cinq instances différentes, y compris des autorités policières et gouvernementales, dans lesquelles elles doivent donner leur « opinion ». Les demandeurs doivent également tenir des consultations auprès d’un « large éventail d’organismes communautaires [locaux] » et soumettre un rapport détaillé résumant les « opinions » des parties consultées. Bien que l’appui des autorités, des communautés et des forces policières locales puisse faciliter la mise en œuvre de services de consommation supervisée, exiger légalement leur opinion ne contribue en rien à une coopération constructive. Cela ne fait qu’ouvrir la porte à la possibilité que des décisions, d’accorder ou non une exemption, soient fondées sur des positions injustifiées, mala-

visées et/ou d’ordre politique qui puissent contrevenir aux droits constitutionnels des personnes qui utilisent des drogues.

### **Le Projet de loi C-2 accorde à certaines autorités un droit de veto unilatéral sur la mise en œuvre des services de consommation supervisée.**

- Puisqu’une demande d’exemption ne peut être examinée sans que certaines autorités fournissent une lettre d’opinion, le processus d’exemption peut être facilement retardé ou bloqué. Comme pour tout autre service de santé salvateur, la mise en œuvre de services de consommation supervisée ne devrait pas être conditionnelle à ce que le gouvernement local, la police ou le ministère responsable de la sécurité publique les considère comme étant justifiés.

### **Le Projet de loi C-2 ne procure pas de certitude ou de protection suffisante contre l’arbitraire.**

- Il n’est pas garanti qu’une demande soit examinée par le ministère fédéral de la Santé même si tous les renseignements exigés ont été fournis; il est également possible que des renseignements supplémentaires puissent être demandés et que le processus soit retardé encore plus longtemps. En vertu du Projet de loi C-2, le ministre peut exiger « tout autre renseignement [qu’il] juge pertinent au regard de l’examen de la demande ». D’autres exigences pourraient également être imposées par voie réglementaire. Enfin, le projet de loi n’indique pas quel degré d’information, de recherche, d’opposition ou d’appui ferait en sorte qu’une demande soit acceptée ou refusée. Il ne reflète en rien le jugement de la Cour suprême selon lequel « le ministre devrait en règle générale accorder une exemption » lorsque les données indiquent que « l’existence d’un site d’injection supervisée diminuera le risque de décès et de maladie et où il n’existe guère, sinon aucune preuve qu’elle aura une incidence négative sur la sécurité publique ». Au contraire, le projet de loi stipule que les exemptions ne seront accordées « que dans des circonstances exceptionnelles ».

### **Le Projet de loi C-2 crée des occasions injustifiées d'opposition du public et de discrimination à l'égard des personnes qui utilisent des drogues.**

– Projet de loi C-2 offre au ministre fédéral de la Santé la possibilité d'aviser le public de toute demande d'exemption. Les membres du public ont 90 jours pour adresser leurs commentaires au ministre. Il est difficile de comprendre comment les commentaires de membres aléatoires du public venant des quatre coins du pays pourraient aider le ministre de la Santé à trouver un équilibre entre les objectifs de santé et de sécurité publiques. En sollicitant les commentaires du grand public, sans garantie que ceux-ci seront éclairés par des données probantes et par une bonne compréhension des défis associés à la toxicomanie, le ministère ne fera qu'offrir une tribune légitime à l'expression de propos stigmatisants et discriminatoires à l'endroit des personnes qui utilisent des drogues. Il est irresponsable d'assujettir les besoins de santé essentiels d'une population fortement marginalisée aux humeurs d'un « public » non défini.

- Durant l'été 2014, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a enquêté sur 83 cas de surdose sévère, dont 25 cas mortels.<sup>41</sup>
- Les clients d'Insite à Vancouver sont 70 % moins susceptibles de partager des seringues que ceux qui n'utilisent pas Insite.<sup>42</sup>
- Insite pourrait avoir permis d'éviter jusqu'à 48 décès par surdose, en quatre ans.<sup>43</sup>
- L'ouverture d'Insite a été associée à une hausse de 33 % de l'utilisation des services de désintoxication et à un recours accru au traitement de la toxicomanie à long terme.<sup>44</sup>

**Il est estimé que 4,1 millions de Canadiens se sont injecté des drogues à un moment donné au cours de leur vie.<sup>37</sup>**

- 11 % des personnes qui s'injectent des drogues au Canada sont séropositives au VIH; 59 % des personnes qui s'injectent des drogues présentent des signes d'infection actuelle ou antérieure à l'hépatite C.<sup>38</sup> Chez les Autochtones, 58 % du nombre estimé de nouveaux cas d'infections à VIH sont attribuables à l'injection de drogue.<sup>39</sup>
- Selon une étude réalisée à Toronto, 54 % des personnes qui s'injectent des drogues l'ont déjà fait dans un endroit public comme des toilettes ou une cage d'escalier, et 46 % se sont injectés dans la rue ou dans une ruelle dans les six mois précédant l'entrevue.<sup>40</sup>

***Recommandation :***

Parce que le Projet de Loi-C-2 aura des répercussions néfastes, tel que décrit ci-dessus, nous recommandons qu'il soit immédiatement retiré.

## Références et notes

<sup>1</sup> En février 2014, les ministres québécois responsables de la Santé et des Services sociaux, des Affaires intergouvernementales canadiennes, de la Sécurité publique et de la Justice ont transmis une lettre à la ministre fédérale de la Santé, dans laquelle ils expriment la désapprobation du gouvernement du Québec à l'égard du projet de loi C-2. Cette information est disponible dans le *Rapport du comité d'experts sur les interventions fédérales dans le secteur de la santé et des services sociaux de 2002 à 2013 remis au gouvernement du Québec*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, p. 74.

<sup>2</sup> International Harm Reduction Association (à présent Harm Reduction International), *Qu'est-ce que la réduction des risques et méfaits? Position de l'IHRA (International Harm Reduction Association) sur la définition de la réduction des méfaits* ([http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing\\_What\\_is\\_HR\\_French.pdf](http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_French.pdf)).

<sup>3</sup> Hedrich D., *European report on drug consumption rooms*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA), 2004.

<sup>4</sup> Toronto Drug Strategy, *Supervised Injection Services Toolkit*, 2013, rapport préparé par le Supervised Injection Services Working Group de la Toronto Drug Strategy; E. Schatz et M. Nougier, *Salles de consommation à moindre risque : les preuves et la pratique*, document d'information, Consortium international sur les politiques des drogues (IDPC), 2012.

<sup>5</sup> International Harm Reduction Association (à présent Harm Reduction International), supra.

<sup>6</sup> D. Hedrich, T. Kerr et F. Dubois-Arber, « Drug consumption facilities in Europe and beyond » dans *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA, 2010. Pour un aperçu des services existants de consommation supervisée dans le monde, voir E. Schatz et M. Nougier, supra.

<sup>7</sup> *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society*, 2011 CSC 44, para. 4.

<sup>8</sup> Information accessible à <http://supervisedinjection.vch.ca/services/services>.

<sup>9</sup> A. Krusi et coll., « An integrated supervised injecting program within a care facility for HIV-positive individuals: a qualitative evaluation », *AIDS Care*, 21(5) (2009) : 638–644.

<sup>10</sup> Pour un aperçu en deux pages des résultats des recherches sur Insite, voir Urban Health Research Institute, BC Center for Excellence in HIV/AIDS, *Regard sur l'Insite*, 2010, accessible à <http://uhri.cfenet.ubc.ca/images/Documents/insight-fr.pdf>. Pour un aperçu plus approfondi de la recherche (y compris plusieurs des études citées dans le présent document), voir BC Center for Excellence in HIV/AIDS, Vancouver Coastal Health et Urban Health Research Institute, *Résultats de l'évaluation du Centre d'injection supervisée de Vancouver – projet pilote Insite*, révisé en 2009, accessible à [http://uhri.cfenet.ubc.ca/images/Documents/insite\\_rapport-fr.pdf](http://uhri.cfenet.ubc.ca/images/Documents/insite_rapport-fr.pdf).

<sup>11</sup> *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society*, 2011 CSC 44, para. 133.

<sup>12</sup> Ibid. Voir, par exemple, E. Wood et coll., « Attendance at supervised injecting facilities and use of detoxification services », *New England Journal of Medicine*, 354(23) (2006) : 2512–2514; T. Kerr et coll., « Impact of a medically supervised safer injection facility on community drug use patterns: A before and after study », *British Medical Journal*, 332(7535) (2006) : 220–222; T. Kerr et coll., « Circumstances of first injection among illicit drug users accessing a medically supervised safer injection facility », *American Journal of Public Health*, 97(7) (2007) : 1228–1230.

<sup>13</sup> Les rapports détaillés sur les sites de consommation supervisée dans le monde incluent EMCDDA, 2004, et EMCDDA, 2010, supra. Pour une analyse de la littérature, voir Institut de santé publique québécois, *Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée. Analyse critique de la littérature*, Gouvernement du Québec, 2009. Pour un rapport détaillé de l'évaluation du service de consommation supervisée de Sydney (Australie), voir KPMG, NSW Health, *Further evaluation of the Medically Supervised Injecting Centre during its extended Trial period* (2007–2011), rapport final, 2010.

<sup>14</sup> Voir p. ex., M-J Milloy, E. Wood, « Emerging role of supervised injecting facilities in human immunodeficiency virus prevention », *Addiction*, 104(4) (2009) : 620–621 et aussi, A.M. Bayoumi and C. Strike (co-principal investigators), *Report of the Toronto and Ottawa Supervised Consumption Assessment Study (TOSCA)*, 2013.

<sup>15</sup> Voir W. Small et coll., « Accessing care for injection-related infections through a medically supervised injecting facility: A qualitative study », *Drug and Alcohol Dependence*, 98(1–2) (2008) : 159–162 et E. Lloyd-Smith et coll., « Risk factors for developing a cutaneous injection-related infection among injection drug users: A cohort study », *BMC Public Health*, 8(1) (2008) : 405.

<sup>16</sup> S.D. Pinkerton, « Is Vancouver Canada's supervised injection facility cost-saving? » *Addiction*, 105(8) (2010) : 1429–1436. Voir aussi, A. M. Bayoumi et G. S. Zaric, « The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 179(11) (2008) : 1143–1151 et Des Jarlais D.C., A. Kamyar et H. Hagan, « Evaluating Vancouver's supervised injection facility: data and dollars, symbols and ethics », *JAMC*, 179(11) 2008, doi: 10.1503/cmaj.081678; KPMG, NSW Health, *Further evaluation of the Medically Supervised Injecting Centre during its extended Trial period* (2007–2011), rapport final, 2010.

<sup>17</sup> Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, *FAQ sur les centres d'injection supervisés*, 2005.

<sup>18</sup> Voir, p. ex., E. Wood et coll., « Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 171(7) (2004) : 731–734 et les conclusions de KPMG, NSW Health, *Further evaluation of the Medically Supervised Injecting Centre during its extended Trial period* (2007–2011), rapport final, 2010.

<sup>19</sup> EMCDDA, 2010, supra.

<sup>20</sup> Ibid, citant des recherches réalisées en Europe et en Australie, p. 318.

<sup>21</sup> K. DeBeck et coll., « Police and public health partnerships: Evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 3(1) (2008) : 11.

<sup>22</sup> E. Wood et coll., « Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 1(1) (2006) : 13.

<sup>23</sup> EMCDDA, 2010, supra.

<sup>24</sup> EMCDDA, 2010, supra, 322–323 [trad.].

<sup>25</sup> *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society*, 2011 CSC 44, para. 93.

<sup>26</sup> Ibid.

<sup>27</sup> Ibid, para. 131.

<sup>28</sup> Ibid, para. 133.

<sup>29</sup> Ibid, para. 152.

<sup>30</sup> Ibid, para. 153, italiques ajoutés.

<sup>31</sup> Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966, article 12.

<sup>32</sup> Voir, par exemple, *Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (Rapport à l'Assemblée générale de l'ONU)*, UNGAOR, 65<sup>e</sup> session, UN Doc A/65/255, 2010, qui mentionne spécifiquement les services de consommation supervisée.

<sup>33</sup> Organe international de contrôle des stupéfiants, *Report of the International Narcotics Control Board for 2006, 2007*, p. 87.

<sup>34</sup> D. Bewley-Taylor et M. Jelsma, *The UN drug control conventions. The Limits of latitude*, Transnational Institute et Consortium international sur les politiques des drogues, 2012.

<sup>35</sup> Organe international de contrôle des stupéfiants, *Flexibility of treaty provisions as regards harm reduction approaches*, préparé par la Section des affaires juridiques du Programme des Nations Unies pour le contrôle des drogues, E/INCB/2002/W.13/SS.5, 30 septembre 2002.

<sup>36</sup> Medical Officer of Health, *Supervised Injection Services in Toronto: Report to the Board of Health*, <http://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2013/hl/bgrd/background-file-59886.pdf>

<sup>37</sup> Santé Canada, Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies et Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : la prévalence de l'usage et les méfaits*, novembre 2004, tel que mentionné dans CATIE, *L'épidémiologie du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues au Canada*, 2014, <http://www.catie.ca/fact-sheets/epidemiology/injection-drug-use-and-hiv-canada>.

<sup>38</sup> J. Tarsuk, S. Ogunnaike-Cooke, CP Archibald et les chercheurs principaux des sites de l'enquête I-Track, « Descriptive findings from a national enhanced HIV surveillance system, I-Track Phase 3 (2010–2012): Sex-based analysis of injecting, sexual and testing behaviours among people who inject drugs », *Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology*, 24 (Supplement A) (2013) : 81A, tel que mentionné dans CATIE, supra.

<sup>39</sup> Agence de la santé publique du Canada, *Résumé : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada*, 2011.

<sup>40</sup> A.M. Bayoumi et C. Strike (co-chercheurs principaux), *Report of the Toronto and Ottawa Supervised Consumption Assessment Study (TOSCA)*, 2013. Le sommaire en français de ce rapport (*Rapport de l'étude d'évaluation de la consommation supervisée de drogues à Toronto et Ottawa*) est disponible à <http://www.catie.ca/sites/default/files/TOSCA-Executive-summary-French.pdf>.

<sup>41</sup> Information accessible à [http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/media/dossiers\\_de\\_presse/surdoses.html](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/media/dossiers_de_presse/surdoses.html).

<sup>42</sup> T. Kerr et coll., « Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users », *Lancet*, 366(9482) (2005) : 316–318.

<sup>43</sup> Urban Health Research Institute, BC Center for Excellence in HIV/AIDS, *Regard sur l'Insite*, 2010, supra.

<sup>44</sup> E. Wood et coll., « Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users », *Addiction*, 102(6) (2007) : 916–919.



## QUI SOMMES-NOUS ?

Le **Réseau juridique canadien VIH/sida** fait valoir les droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida et vulnérables à l'épidémie, au Canada et dans le monde, à l'aide de recherches et d'analyses, de plaidoyer et d'actions en contentieux, d'éducation du public et de mobilisation communautaire.

La **Coalition canadienne des politiques sur les drogues (CCPD)** est une coalition formée de plus de 70 organismes de partout au Canada, qui entrevoit un Canada sécuritaire, juste et en santé, dans lequel les politiques et lois sur les drogues ainsi que les pratiques institutionnelles connexes sont fondées sur les données probantes, les droits de la personne, l'inclusion sociale et la santé publique.

La reproduction de cette publication est encouragée mais les copies ne peuvent pas être vendues; de plus, le Réseau juridique canadien VIH/sida et la Coalition canadienne des politiques sur les drogues doivent être cités comme source de l'information. Le document peut être téléchargé en fichier PDF à partir de ces sites Internet :

[www.aidslaw.ca/drogues](http://www.aidslaw.ca/drogues)

[www.drugpolicy.ca/fr/solutions-innovatrices-2/recherche-et-des-statistiques/](http://www.drugpolicy.ca/fr/solutions-innovatrices-2/recherche-et-des-statistiques/)

Réseau juridique canadien VIH/sida

1240, rue Bay, bureau 600

Toronto (Ontario) M5R 2A7

Courriel : [info@aidslaw.ca](mailto:info@aidslaw.ca)

Coalition canadienne des politiques sur les drogues/CCPD

Université Simon Fraser

2400 - 515, rue West Hastings

Vancouver (C.-B.) V6B 5K3

Courriel : [CDPC@drugpolicy.ca](mailto:CDPC@drugpolicy.ca)