



## LES FAITS EN BREF : DISSIPER LES MYTHES SUR LES SITES DE CONSOMMATION SUPERVISÉS

**MYTHE : Les sites de consommation supervisés normalisent l'usage de drogues**

**FAIT :** Une grande gamme de méfaits sanitaires et sociaux sont associés à la consommation de drogues illicites. Les sites de consommation supervisés (SCS) font partie intégrante d'une stratégie de réduction des méfaits qui vise à limiter les conséquences indésirables de la consommation de substances. En favorisant des liens de confiance et sans jugement entre les consommateurs et les fournisseurs de soins de santé, les SCS permettent à leurs clients de mettre fin à leur consommation lorsqu'ils sont prêts.

**MYTHE : Grâce aux sites de consommation supervisés, il est plus facile pour les gens de se procurer des drogues**

**FAIT :** Les SCC *ne fournissent pas* de drogues illicites aux consommateurs. Un SCS est un endroit où les consommateurs peuvent utiliser leurs drogues en présence d'un fournisseur de soins de santé formé, souvent une infirmière ou un infirmier autorisé.

**MYTHE : La nouvelle loi fédérale<sup>1</sup> facilite l'ouverture de ces sites dans les quartiers et ne fournit aucune option de consultation communautaire**

**FAIT :** La Cour suprême du Canada a donné au gouvernement fédéral des instructions précises quant à l'utilisation des décisions fondées sur des données probantes au moment d'octroyer ou de refuser une exemption à un SCS proposé conformément à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Le nouveau projet de loi C-37 adhère à la décision unanime de la Cour et poursuit les consultations communautaires nécessaires avant l'ouverture d'un SCS.

**MYTHE : Les sites de consommation supervisés rendront les quartiers sécuritaires plus dangereux**

**FAIT :** La clinique Insite de Vancouver est en exploitation depuis 2003. Les recherches sur les répercussions d'Insite sur la collectivité et sur d'autres programmes semblables dans le monde indiquent que les SCS ont un effet positif sur la sécurité des collectivités, soit en réduisant les taux de consommation de drogues en public et d'abandon de fournitures sur place sans faire augmenter la consommation de substances, la violence ou le vandalisme.

---

<sup>1</sup> [Projet de loi C-37, Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et apportant des modifications connexes à d'autres lois](#), telle qu'adoptée le 15 février 2017.

**MYTHE : Les sites de consommation supervisés détournent les ressources d'autres parties du système de soins de santé**

**FAIT :** Alors que les SCS misent sur la réduction des conséquences indésirables de la consommation de substances, il est important de souligner leur rapport coût-efficacité. Par exemple, la consommation de drogues illicites est souvent liée à la propagation d'infections comme le VIH et l'hépatite C. Compte tenu que le coût estimé à vie pour traiter le VIH varie entre 200 000 \$ et 300 000 \$ par personne, il s'agit de dépenses que les SCS peuvent prévenir. Chaque jour, ces sites font aussi diminuer les coûts liés aux soins de santé en réduisant le nombre d'admissions à l'urgence.

**MYTHE : La réduction des méfaits est une solution temporaire et ne peut remplacer un traitement de longue durée et la prévention**

**FAIT :** La réduction des méfaits n'est pas une solution temporaire. Bien qu'elle comprenne l'abstinence comme option (lorsqu'une personne est prête), la réduction des méfaits reconnaît que l'abstinence n'est pas toujours réaliste pour les toxicomanes. Les programmes de réduction des méfaits sont souvent le premier point d'accès à un traitement sûr et à des ressources de prévention pour les consommateurs de drogues illicites. Les approches de réduction des méfaits, comme en témoigne les SCS, constituent une étape préalable et importante du processus de rétablissement des consommateurs de substances et leur accès à d'autres services de soins primaires.

**MYTHE : La loi précédente<sup>2</sup>, qui comptait 26 critères d'autorisation de l'ouverture d'un nouveau site, était beaucoup plus solide que la nouvelle loi qui ne comporte que cinq points de repère**

**FAIT :** Les 26 critères énumérés dans la législation précédente, soit le projet de loi C-2, n'appuyait pas l'amélioration de la santé pour les collectivités ou les personnes. Ces critères agissaient plutôt comme *obstacle* à l'accès aux soins pour prévenir les méfaits et améliorer la santé. Les obstacles excessifs à l'ouverture de SCS, comme le démontre l'épidémie des opioïdes actuelle, laissent les consommateurs de substances et les fournisseurs de soins de santé à eux-mêmes dans la recherche de solutions. Certaines de ces solutions, comme les SCS éphémères, ont contribué à la diminution des taux de surdose et amélioré l'accès aux soins. Sans les SCS, on constate un risque accru de décès par surdose et d'une recrudescence de la consommation de substances dans d'autres endroits, comme les toilettes publiques.

**MYTHE : La crise des opioïdes ne touche que les gens ayant des dépendances**

**FAIT :** La crise des opioïdes touchent tous les Canadiens. Elle a des conséquences dévastatrices pour les collectivités et entraîne une surcharge de travail pour les premiers répondants et établissements de soins de santé, et un nombre alarmant de décès. Elle est fatale pour des adolescents qui commette une seule erreur, rend orphelin les enfants dont les parents meurent d'une surdose accidentelle et tue des gens qui se sont rétablis mais ont fait une rechute. La crise des opioïdes a des effets pour tout le monde.

---

<sup>2</sup> Le projet de loi C-2, [Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances](#), a été sanctionnée le 18 juin 2015.