



ASSOCIATION
CANADIENNE DE
SANTÉ PUBLIQUE

La voix de la santé publique

DÉMARCHES DE SANTÉ PUBLIQUE À L'ÉGARD DE la crise des drogues toxiques

ÉNONCÉ DE POSITION | JANVIER 2025



LA VOIX DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Porte-parole national indépendant et défenseur fidèle de la santé publique, **l'Association canadienne de santé publique** parle au nom des individus et des populations avec tous les ordres de gouvernement.

Nous préconisons l'équité en santé, la justice sociale et la prise de décisions éclairées par les données probantes. Nous misons sur le savoir, repérons et abordons les problèmes de santé publique, et relient diverses communautés de pratique. Nous faisons valoir la perspective et les données probantes de la santé publique auprès des chefs du gouvernement et des responsables des politiques. Nous sommes un catalyseur de changements qui améliorent la santé et le bien-être de tous.

Nous appuyons la passion, le savoir et les perspectives de nos membres dans toute leur diversité par la collaboration, par de vastes débats et par le partage

d'informations. Nous motivons les organisations et les gouvernements à appliquer un éventail de politiques et de programmes de santé publique qui améliorent les résultats sanitaires des populations dans le besoin.

NOTRE VISION

Des gens et des communautés en bonne santé prospérant dans des environnements rassembleurs, équitables et durables

NOTRE MISSION

Améliorer la santé de toutes les personnes et toutes les communautés du Canada, en particulier celles qui sont structurellement défavorisées, et contribuer à l'avènement d'un monde plus sain et plus équitable

Pour plus de renseignements, veuillez contacter :

Association canadienne de santé publique

1525, avenue Carling, bureau 404, Ottawa (Ontario) K1Z 8R9

Tél. : 613-725-3769 | info@cpha.ca

www.cpha.ca

ÉNONCÉ DE POSITION

Démarches de santé publique à l'égard de la crise des drogues toxiques

AVANT-PROPOS

En mai 2014, l'Association canadienne de santé publique (ACSP) publiait le document [« Nouvelle démarche de gestion des substances psychotropes illégales au Canada »](#), dans lequel elle appelait à l'élaboration d'une démarche de santé publique pour répondre aux besoins des personnes faisant usage de substances psychotropes illicites. Le document insistait sur le fait que la prohibition et la criminalisation n'atteignent pas l'objectif de réduire la consommation et les méfaits des drogues et proposait l'amorce d'une démarche de santé publique qui donnerait de meilleurs résultats.

Dix ans plus tard, au milieu de la crise des drogues toxiques qui perdure au Canada, il est essentiel que les gouvernements et les parties prenantes s'allient et mettent de côté leurs différences idéologiques pour prendre immédiatement des mesures fondées sur les preuves. Des décès évitables dus aux drogues toxiques continuent de frapper dans toutes les couches de la société. Dans le présent énoncé de position, nous réclamons des efforts concertés, axés sur des solutions pragmatiques qui s'attachent aux vies à sauver plutôt qu'aux clivages politiques. En exploitant tout l'éventail des interventions – de la prévention primaire à la réduction des méfaits et au traitement –, nous pouvons édifier une riposte plus compatissante et efficace qui réduira les décès et favorisera la dignité et le bien-être de tous.

Note sur la terminologie

La terminologie de l'usage de substances a évolué avec le temps, et différentes parties prenantes emploient des termes différents. Pour les besoins du présent énoncé, l'expression « empoisonnement par des drogues toxiques » désigne à la fois les empoisonnements mortels et non mortels. Les mots « approvisionnement non réglementé » désignent les substances psychotropes actuellement illicites obtenues sur le marché clandestin. Le mot « traitement » désigne le traitement volontaire d'un trouble d'usage de substances; il exclut tout traitement imposé. Signalons aussi que certains groupes de revendication rejettent en grande partie la formulation générale des problèmes, des troubles et des identités liés à l'usage de substances qui constitue la pierre d'assise de la terminologie employée dans notre analyse et dans les autres débats de fond dominants.

RECOMMANDATIONS

L'ACSP appelle le gouvernement fédéral à :

- Mieux soutenir la recherche et la collecte de données désagrégées sur les populations différemment affectées par la crise des drogues toxiques pour favoriser des formes de réduction des méfaits et de traitement ciblées et culturellement appropriées.
- Financer une évaluation indépendante des réussites et des limites des mesures de réduction des méfaits en lien avec leurs effets au niveau des quartiers, afin d'obtenir des recommandations opérationnelles à prescrire et à surveiller à l'échelle provinciale et territoriale.
- Amorcer avec les parties prenantes des consultations sur les buts et les principes d'une démarche de réglementation cohérente à l'égard des substances psychotropes et articulée autour d'une démarche de santé publique.

L'ACSP appelle le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux à :

- Élaborer et mettre en œuvre des politiques et des programmes liés à l'usage de substances en respectant les principes de l'énoncé de l'ACSP intitulé : « [Cadre pour une démarche de santé publique à l'égard de l'usage de substances](#) ». L'un de ces principes est d'inclure des personnes faisant usage de drogue à toutes les étapes de l'élaboration des politiques, des programmes et des ressources.
- Financer des services de réduction des méfaits adaptés aux besoins de populations et d'endroits particuliers et soutenir leur fonctionnement. Cela comprend les organismes de proximité qui servent concrètement ces populations en s'adaptant à leurs besoins.
- Investir dans les conditions qui protègent les gens contre l'usage problématique de substances – le logement, les mesures de soutien du revenu, les soins de santé physique et mentale et les mesures de soutien au secteur social – pour atténuer les effets des expériences néfastes survenues pendant l'enfance et des traumatismes.

- S'assurer que les autorités sanitaires autochtones disposent de fonds stables, suffisants et durables pour favoriser l'accès des Autochtones à des programmes et services conçus par des Autochtones (avec les normes, les évaluations et la collecte de données appropriées, ainsi qu'une main-d'œuvre qualifiée), tenus de rendre compte aux communautés autochtones et dont les Autochtones peuvent se prévaloir peu importe où ils vivent.
- Décriminaliser la possession pour usage personnel des substances psychotropes actuellement illicites en établissant des seuils factuels en consultation avec des personnes faisant usage de drogue, des résidents et des organismes d'application de la loi.

L'ACSP appelle les gouvernements provinciaux et territoriaux à :

- Élargir la prestation dans les écoles de programmes avérés efficaces pour prévenir ou retarder l'usage de substances chez les jeunes et pour les sensibiliser aux options de réduction des méfaits.
- Établir des normes de prestation, de contrôle et d'évaluation d'un éventail de programmes volontaires de traitement des dépendances, fondés sur les preuves et adaptés aux besoins de populations et d'endroits particuliers.
- Intensifier, en collaboration avec les systèmes de santé, diverses modalités de programmes d'approvisionnement plus sécuritaire en médicaments sur ordonnance adaptées aux besoins de diverses populations à différents endroits. Collaborer aussi avec les écoles de médecine et de sciences infirmières à promouvoir l'encadrement professionnel de la prescription de médicaments pour rendre l'approvisionnement plus sécuritaire.
- Élaborer des modèles non médicaux de programmes d'approvisionnement plus sécuritaire conçus avec les parties prenantes, dont les gouvernements autochtones, les autorités sanitaires autochtones et les organismes représentant les personnes faisant usage de drogue.

INTRODUCTION

[L]es morts ne se rétablissent pas. Il y a aussi bien des gens qui consomment des substances mais qui n'ont pas de problème de dépendance. Compte tenu du risque que présentent les drogues contaminées qu'on trouve dans les rues de nos jours, ceux qui consomment pour la première fois, les consommateurs intermittents, les consommateurs occasionnels et les gens qui luttent contre la dépendance – qui viennent de tous les milieux – s'exposent à un risque grave de décès.

- Guy Felicella (Chambre des communes, 2024a)

Bien des faits sur la crise des drogues illicites toxiques au Canada sont largement acceptés. Cette crise découle du sans-abrisme, de la pauvreté, de la douleur non traitée, des traumatismes, de la maladie mentale et des effets persistants du colonialisme sur les peuples autochtones, ainsi que d'une politique ratée de prohibition et de criminalisation des drogues imposée depuis des dizaines d'années. Née de la crise des opioïdes, la crise des drogues illicites a pris de l'envergure et s'est envenimée avec l'avènement de nouvelles drogues de synthèse et d'additifs chimiques, au point où l'approvisionnement non réglementé contient aujourd'hui des substances dont on ignore la teneur et la puissance. Avec le fentanyl, les benzodiazépines et les stimulants que l'on trouve dans l'approvisionnement illicite au Canada (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2024a), chaque acte de consommation s'accompagne d'un an risque aigu de surdose, de lésion ou de décès.

La crise frappe les personnes sans abri et celles qui ont un logement stable, les grandes villes, les banlieues, les villages et les régions rurales et isolées. Ses victimes sont adolescentes, au début de l'âge adulte et d'âge moyen; certaines consomment occasionnellement ou rarement (Balogh, 2024), d'autres tous les jours, et elles peuvent ou non avoir un diagnostic de trouble d'usage de substances; et ce sont disproportionnellement des personnes autochtones, racisées et de sexe masculin (Wallace, 2024) et des hommes travaillant dans les métiers (Canada, 2024a). Comme il est estimé que 225 000 personnes font usage de drogue en Colombie-

Britannique seulement (BC Coroners Service Death Review Panel, 2023) et qu'entre 3 et 4 % des Canadiennes et des Canadiens disent faire usage de drogue (Statistique Canada, 2024), il est clair que plus d'un million de vies humaines sont vulnérables aux empoisonnements par des drogues toxiques chaque année (Fischer et al., 2018).

Les mesures nécessaires à moyen et long terme pour endiguer cette crise font largement consensus. On sait qu'il faut que les gouvernements investissent massivement dans la prévention des méfaits de l'usage de substances, les services sociaux et de santé, le logement et les mesures de soutien du revenu, et qu'ils respectent leurs engagements envers les peuples autochtones dans le cadre de la Vérité et de la Réconciliation.

Des désaccords apparaissent cependant quand il s'agit de déterminer ce que les gouvernements devraient faire dans l'immédiat pour mettre en place des politiques et des services qui réduisent le risque de décès et de lésions chez les personnes qui consomment et qui pourraient continuer de consommer des drogues non réglementées. Ces désaccords existent en partie parce que les solutions sont complexes et que leurs fondements scientifiques sont incomplets, mais ils découlent surtout de la stigmatisation qui se rattache à la drogue et aux personnes qui en font usage, du positionnement idéologique des dirigeants politiques réfractaires à sanctionner l'usage de drogue, et des pressions du

public pour estomper les effets visibles de la crise dans les centres-villes et les quartiers. Ensemble, ces facteurs font que les stratégies de réduction des méfaits demeurent controversées en Amérique du Nord malgré les preuves innombrables de leur pragmatisme, de leur efficacité et de leur nécessité (Tyndall et Dodd, 2020).

Aujourd'hui dans certaines régions du Canada et au sein de certains gouvernements et partis, les interventions jugées « acceptables » se réduisent à la prévention et au traitement, et la plupart des mesures de réduction des méfaits suscitent la méfiance ou sont rejetées d'emblée. L'approche du traitement repose toutefois sur l'hypothèse inexacte que le rétablissement en sera le résultat durable. En réalité, le trouble d'usage de substances est une affection chronique et récurrente qui exige souvent des traitements répétés et la disponibilité continue d'options de réduction des méfaits au cas où la rémission se transforme en rechute.

Ce n'est que l'une des raisons pour lesquelles, en limitant l'accès aux méthodes de réduction des méfaits pourtant efficaces, on expose davantage les personnes qui font usage de drogues non réglementées aux décès et aux lésions causés par les surdoses de drogues toxiques. Certaines de ces personnes vulnérables consomment occasionnellement ou à des fins récréatives sans présenter de trouble d'usage de substances; environ le tiers des décès récents liés aux opioïdes en Ontario entrent dans cette catégorie (Gomes et al., 2022). Cela inclut aussi les personnes qui n'ont pas accès aux traitements en temps opportun, celles qui ne sont pas prêtes à commencer un traitement et celles dont le traitement est inefficace; entre le quart et le tiers des personnes qui commencent un traitement par agonistes opioïdes l'arrêtent au cours du premier mois (Elnagdi et al., 2023). Il existe une dernière catégorie à risque élevé : celle des personnes en traitement ou en rétablissement qui font une rechute et recommencent

à consommer activement; les taux de rechute sont d'environ 65 à 70 % pour le trouble de consommation d'opioïdes (U.S. Food & Drug Administration, 2024).

L'exclusion de ces populations des mesures de réduction des méfaits essentielles dément la valeur que la santé publique accorde à la santé et au bien-être de toutes les populations et son engagement à réduire les iniquités en santé. Elle est aussi incompatible avec le principe de santé publique selon lequel en matière d'usage de substances, il faut des politiques fondées sur les preuves les plus solides et qui répondent de façon pragmatique aux besoins et aux ressources existants (Association canadienne de santé publique, 2024).

En publiant le présent énoncé de position, l'ACSP affirme qu'en plus des politiques, il faut un éventail complet de mesures de prévention, de réduction des méfaits, de traitement et de rétablissement fondées sur les données probantes pour couvrir tous les aspects de la crise actuelle des drogues toxiques et toutes les populations à risque. Chacune de ces mesures a une fonction particulière de prévention et d'atténuation des méfaits. Aucune ne peut être remplacée par une autre, et aucune ne peut être rejetée lorsqu'il s'agit de tenir notre engagement de base à accorder une importance égale aux vies de toutes les personnes au Canada.

L'analyse du présent énoncé est formulée en fonction d'événements et de discours récents rattachés à la crise des drogues toxiques au Canada : les répercussions continues de la stigmatisation de l'usage de drogues, l'opposition de communautés et de parties prenantes aux mesures de réduction des méfaits, et la politisation intense des défaillances de la politique antidrogue dans le contexte des crises concurrentes du sans-abrisme et de la maladie mentale. L'adoption et l'application des politiques que recommande l'ACSP ne sera possible qu'en tenant compte de ce contexte politique et public plus large.

LES DÉMARCHES AUTOCHTONES

En raison des répercussions continues de la colonisation, des traumatismes intergénérationnels et du racisme, les décès dus aux drogues toxiques sont beaucoup plus courants chez les peuples autochtones que dans les autres populations du Canada. Les taux sont de 5 à 7 fois plus élevés chez les Premières Nations de l'Ontario, de la Colombie-Britannique et de l'Alberta (Canada, 2024b). En Colombie-Britannique en particulier, les membres des Premières Nations représentaient 3,3 % de la population de la province, mais 16 % des décès dus aux drogues toxiques en 2022 (Sterritt, 2023). Les chefs de nombreuses communautés autochtones ont déclaré l'état d'urgence face à l'étendue de la crise parmi leurs membres (Pindera, 2024).

Dans les communautés autochtones comme dans la société canadienne en général, l'usage de substances et les politiques pour y répondre divisent l'opinion; les points de vue des communautés et des particuliers à l'égard de l'abstinence et des diverses approches de réduction des méfaits sont influencés par l'expérience collective du colonialisme (BC Centre on Substance Use, 2024). Pour s'y retrouver dans ce dédale de points de vue, les défenseurs autochtones de la réduction des méfaits emploient différentes méthodes, dont le programme « Not Just Naloxone », qui enseigne des techniques pour avoir des échanges de confiance sur l'usage de substances dans les communautés (First Nations Health Authority, s.d.), et la série documentaire Sacred Breath of Life, qui explore l'expérience de la crise des drogues toxiques dans les communautés autochtones et la riposte à cette crise (Indigenous Health Today, s.d.).

Dans leurs démarches de prévention, de réduction des méfaits et de traitement, les dirigeants de la santé autochtones insistent sur le besoin de programmes dirigés par les Autochtones, fondés sur leurs forces et culturellement appropriés. Ces priorités éclairent les services des autorités sanitaires autochtones en

matière de prévention, de réduction des méfaits et de traitement, ainsi que les collaborations entre les communautés et les gouvernements provinciaux et territoriaux (Manitoba, 2024). Au palier national, les initiatives de collaboration sur l'usage de substances sont axées sur des priorités comme la recherche et la collecte de données (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2024b). Une autre priorité consiste à cerner les réalités du racisme anti-Autochtones, à le prévenir et à y riposter dans les programmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances des systèmes de santé canadiens (Thunderbird Partnership Foundation, 2024).

La présence d'un environnement de politiques, de formation et de financement propices est essentielle à la réussite des interventions autochtones face à la crise des drogues toxiques. Un tel environnement nécessite des fonds suffisants, stables et à long terme pour faciliter l'accès des Autochtones aux programmes et aux services conçus par des Autochtones; l'élaboration de normes de service définissant des indicateurs de résultats et de responsabilités pour les services autochtones de santé mentale et de lutte contre les dépendances; des programmes de formation des prestataires de santé aux démarches autochtones à l'égard du traitement de l'usage de substances; et un appui aux initiatives autochtones de recherche et d'évaluation ancrées dans les communautés locales et tenues de leur rendre des comptes (Thunderbird Partnership Foundation, 2024; Chambre des communes, 2024b).

LA PRÉVENTION

Dans les discussions sur la crise des drogues toxiques, la prévention est souvent décrite comme étant la pièce manquante de la riposte de la santé publique canadienne. De nombreuses formes de prévention sont toutefois en cause dans ces discussions, et elles ont chacune leurs buts et leurs enchaînements de causalité.

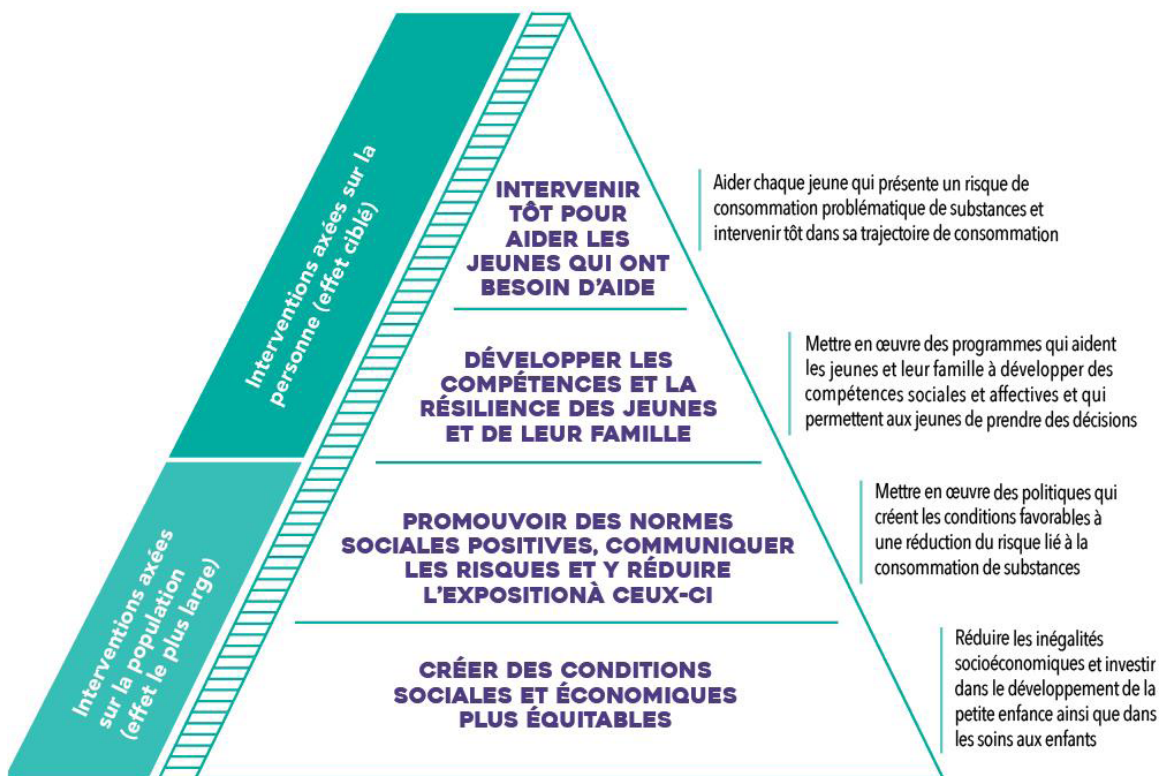
La prévention primordiale est axée sur les déterminants sociaux et les facteurs de risque individuels liés aux probabilités accrues de trouble d'usage de substances et d'empoisonnement par des drogues toxiques. Ces déterminants et facteurs sont le faible statut socioéconomique, le racisme, l'instabilité en matière de logement, les expériences défavorables de l'enfance, les traumatismes, les troubles mentaux et les séquelles du colonialisme et des traumatismes intergénérationnels chez les peuples autochtones (Alsabbagh et al., 2022; Canada, 2021a; Hatt, 2021).

Les appels publics et politiques à la prévention portent souvent sur la prévention de l'usage des opioïdes et d'autres substances, mais les preuves scientifiques des solutions efficaces en ce domaine diffèrent considérablement de l'image que l'on se fait couramment d'une campagne de prévention. Comme l'indiquait l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime en 2015, de nombreuses activités dites de prévention de l'usage de drogues ne sont pas fondées

sur les preuves, leur portée est limitée, et leur qualité est au mieux inconnue (ONU DC, 2015).

Des dizaines d'années d'efforts en milieu scolaire et dans les médias pour dissuader les jeunes de faire usage de drogues ont démontré l'inefficacité des programmes axés sur l'abstinence ou « de tolérance zéro » employant des tactiques alarmistes, des messages basés sur les valeurs ou l'image et des campagnes intensives de sensibilisation à la drogue (Haines-Saah, 2023; Fischer, 2022). Certains programmes de prévention universelle pour les jeunes en milieu scolaire ou associatif semblent réussir dans une certaine mesure à retarder l'usage de drogues et à en prévenir les méfaits. Ces programmes ne portent pas sur la consommation en soi, mais visent plutôt à développer les habiletés émotionnelles et sociales des jeunes et à renforcer leurs liens familiaux et communautaires (Babor et al., 2018).

Ces diverses interventions préventives sont résumées dans le schéma suivant :



Interventions de la santé publique visant à prévenir la consommation problématique de substances chez les jeunes (Canada, 2018)

Il est irréaliste de croire que l'on peut entièrement prévenir l'expérimentation de substances chez les jeunes. Dans le contexte de la crise des drogues toxiques, il est donc particulièrement important que les efforts de prévention auprès de cette population comportent aussi une sensibilisation à « la sécurité d'abord » pour éviter les méfaits chez les jeunes qui ne pratiquent pas l'abstinence en matière de drogue. Ces efforts doivent inclure des informations franches et scientifiques sur les risques, exposer les conséquences juridiques et sociales de l'expérimentation, prioriser la sécurité via la responsabilité et les connaissances personnelles, encourager le report de l'expérimentation à l'âge adulte et présenter des mesures de réduction des méfaits pour réduire les risques de la consommation (Canada, 2021b; Haines-Saah, 2023).

LE TRAITEMENT

Le trouble d'usage de substances est actuellement considéré à la fois comme une affection chronique récurrente et comme une affection pour laquelle une rémission durable est possible avec un traitement et un suivi efficaces. Les personnes ayant un trouble d'usage de substances qui veulent réduire ou arrêter leur consommation d'opioïdes et d'autres substances ont le choix entre un éventail de traitements. Aucun traitement n'est efficace pour tout le monde, et pour certaines personnes, aucune forme de traitement ne parvient à éliminer ou à réduire l'usage problématique de substances. Diverses options de traitement peuvent fonctionner selon la sévérité et la complexité du trouble d'usage de substances, les autres circonstances sociales et de santé, la culture, ainsi que la motivation et les objectifs individuels.

Les études ne corroborent pas l'efficacité du traitement involontaire des dépendances pour réduire l'usage et les méfaits des substances chez les personnes qui ne sont pas prêtes à suivre un traitement (DeBeck et Kendall, 2024a; Pilarinos et

al., 2018; Werb et al., 2015). À vrai dire, tout semble indiquer que le traitement involontaire est nuisible : il accroît le risque de surdose mortelle après le traitement, endommage les relations et réduit la volonté de collaboration avec les services sociaux et de santé institutionnels (Ledberg et Reitan, 2022; BC Representative for Children and Youth, 2021; O'Brien et Hudson-Breen, 2023).

Les modes de traitement volontaires qui ont fait leurs preuves sont les programmes en milieu communautaire, les programmes de traitement de jour, les centres de traitement en établissement (ou à l'hôpital) et les séjours de plusieurs semaines à plusieurs mois dans de grands établissements. Les éléments du traitement peuvent inclure, entre autres, une thérapie ou du counseling individuel ou en groupe, des groupes d'entraide et des séances de pleine conscience et d'activité physique (CAMH, 2024). Les modèles des programmes de traitement varient considérablement d'un endroit à l'autre du Canada (Hodgins et al., 2022), et différents modes de traitement conviennent aux personnes ayant des antécédents et des besoins différents.

La norme de pratique actuelle pour le traitement du trouble de consommation d'opioïdes comprend le traitement par agonistes opioïdes (TAO), qui prévient les symptômes de sevrage et réduit au minimum l'état de manque. Combiné à des mesures de soutien en santé et d'aide psychosociale, le TAO améliore généralement de façon importante la santé et le fonctionnement social et réduit considérablement le risque de surdose et de mortalité toutes causes confondues (CAMH, 2021). Le problème le plus médiatisé du traitement de l'usage de substances est son inaccessibilité. Comme les besoins dépassent de beaucoup la disponibilité des options en établissement et dans la communauté, les options de traitement actuelles ne sont pas suffisamment accessibles pour répondre aux besoins, et la fragmentation des différents éléments du traitement se solde souvent par

un échec de ce traitement. Ce décalage se reflète, par exemple, dans un rapport de 2024 sur les décès par surdose en Ontario, où il est constaté que le taux de recours au système de santé pour un trouble d'usage de substances dans le groupe des personnes décédées de surdoses est élevé, mais que le recours de ce même groupe aux services de traitement est beaucoup plus faible (Weeks, 2024). Avec les délais entre la gestion médicale du sevrage et les services de traitement en établissement, sans compter les décalages entre l'aiguillage et la réponse aux besoins, les personnes faisant usage de substances languissent sur de longues listes d'attente et sont vulnérables aux rechutes (Russell et al., 2021).

En plus de construire des établissements de traitement, les provinces essaient de nouvelles modalités de traitement de proximité; en Colombie-Britannique par exemple, une ligne téléphonique confidentielle permet de consulter le jour même un médecin ou une infirmière pouvant prescrire un TAO (Luciano, 2024). Il s'avère toutefois difficile d'intensifier la prestation et l'accessibilité des services sociaux censés accompagner les ordonnances de TAO.

Il y a un autre problème de taille lorsque le traitement est la réponse privilégiée à la crise des drogues toxiques : sa qualité varie beaucoup et ne repose souvent pas sur des pratiques exemplaires éprouvées. Une analyse des centres de traitement du trouble d'usage de substances en établissement menée en Ontario en 2023 a relevé non seulement des lacunes dans les programmes et leur disponibilité, mais aussi l'absence de politiques de TAO normalisées d'un programme à l'autre (Ali et al., 2023). En Alberta, où le gouvernement provincial mise surtout sur les centres de traitement, l'instauration de normes pour la gestion médicale du sevrage, le traitement et les services de rétablissement ne se fera pas avant au moins 2025 (Cummings, 2024). De plus, le manque généralisé de rapports sur les soins et sur le suivi des effets à moyen et à long terme des centres de traitement affaiblit

la transparence et l'évaluation du personnel et des programmes de ces centres (Smith, 2024). Ce manque de transparence est particulièrement inquiétant, vu l'empressement de certains gouvernements à financer des centres de traitement privés axés sur l'abstinence, qui proposent des programmes confessionnels au lieu du TAO (Thomson, 2024; Kim, 2024; Tran, 2024). Cet écart par rapport aux pratiques exemplaires incluant le TAO est alarmant, car tout indique que le traitement fondé sur l'abstinence – qui réduit la tolérance des patients aux opioïdes et les laisse très vulnérables aux surdoses en cas de rechute – entraîne plus de décès que l'absence de traitement (Heimer et al., 2024).

La publication en 2024 d'une feuille de route de normalisation en santé mentale et en santé liée à la consommation de substances préparée par un collectif promet de redresser le cap en matière de traitement dans les années à venir (Conseil canadien des normes, 2024).

L'engagement gouvernemental croissant en faveur du traitement est un élément important d'une riposte de la santé publique à la crise des drogues toxiques, mais il ne faut pas miser exclusivement sur cet aspect, ni le préférer à tous les autres. Le traitement permet à certaines personnes de se rétablir durablement, mais beaucoup d'autres ne sont pas prêtes, n'ont pas accès aux traitements qui fonctionnent pour elles ou finissent par retomber dans la consommation active de substances. Par ailleurs, les personnes faisant usage de drogue qui ne répondent pas aux critères du trouble d'usage de substances ne sont pas candidates au traitement. Il est fondamental que les professionnels de la santé publique s'assurent qu'il y a des options en place pour réduire les risques de décès et de lésions chez toutes les personnes qui consomment des drogues venant de l'approvisionnement non réglementé.

LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

Le traitement ne peut évidemment pas être la seule solution. Les gens ont des besoins très diversifiés et des parcours de consommation très variables. Ils doivent parfois faire face à des délais ou à des barrières pour accéder aux services, ou encore ils ne sont pas prêts. Pendant ce temps, il faut avoir des stratégies de réduction des méfaits pour les protéger (...). Cela prend parfois plusieurs tentatives de réhabilitation et de traitement, ainsi que plusieurs rechutes, avant qu'une personne soit capable de s'en sortir. Pendant ces périodes de rechute, il faut avoir des stratégies de réduction des méfaits. De plus, pour ce qui est du traitement, il n'y a pas de substances ou d'options pharmacologiques pour remplacer l'ensemble des drogues qui sont actuellement sur le marché. Dans ces conditions, il peut être beaucoup plus difficile, pour certaines personnes, d'obtenir un traitement ou d'arrêter leur consommation. Il existe très peu de solutions de rechange pour elles, et nous devons alors les protéger.

—D^{re} Mylène Drouin (Chambre des communes, 2024c)

Dans une perspective de santé publique, la réduction des méfaits est un aspect de la recherche, des politiques et de la pratique qui s'articule autour des expériences des personnes et des communautés qui font usage de substances (Haines-Saah et Hyshka, 2023). Elle est axée sur ce dont les personnes faisant usage de drogue ont besoin pour rester en vie et pour bien vivre; elle fournit des ressources par des moyens et dans des endroits adaptés aux besoins des gens; et elle promulgue des réformes dans les lois, la santé et la recherche pour à la fois appuyer ces objectifs et réduire les effets délétères des substances et des politiques qui en régissent l'usage.

La réduction des méfaits reconnaît l'existence d'un spectre allant de la consommation bénéfique à la consommation nocive de substances; son mandat est de sauver des vies et de réduire les méfaits éventuels sans présumer que la consommation réduite ou l'abstinence sont nécessairement l'objectif pour les particuliers ou les établissements. C'est aussi une démarche pragmatique qui reconnaît qu'il n'est pas réaliste d'éliminer l'usage de substances, mais qu'une réduction des méfaits fondée sur les données probantes est possible et conforme au principe de « protéger et promouvoir la santé individuelle et collective » (ACSP, 2024).

La recherche montre que les programmes de réduction des méfaits ont un effet positif sur les personnes faisant usage de drogue, non seulement en prévenant les lésions et les décès, mais en mettant ces personnes en rapport avec des services susceptibles d'accroître leur probabilité de se faire traiter (Moran et al., 2024). Il y a aussi des indications que ces programmes sont efficaces par rapport à leur coût en dépenses publiques et qu'ils ne font pas grimper les taux de violence et d'infractions contre les biens dans le voisinage (Moran et al., 2024).

De nouvelles méthodes de fourniture des services et du matériel de réduction des méfaits sont mises à l'essai pour joindre les personnes faisant usage de drogue dans les régions rurales et éloignées. Pendant une partie de l'exercice 2023-2024, la Fraser Health Authority (Colombie-Britannique) avait un portail informatique où les personnes ne pouvant pas se prévaloir des services de consommation supervisée pouvaient trouver des instructions et commander gratuitement une boîte personnalisée de matériel de réduction des méfaits pour livraison à domicile. Sur le site Web du programme, il y avait aussi des instructions de consommation à moindre risque et des liens vers des équipes cliniques, des équipes d'aide ou des soins virtuels (Moman, 2024). En 2024 toutefois,

le gouvernement de la Colombie-Britannique, enfoncé dans une polémique politique, a considérablement réduit le matériel et les informations disponibles sur ce site Web (Zavarise, 2024). Un modèle courant au Canada consiste à utiliser des fourgonnettes communautaires pour livrer du matériel et diffuser des informations de réduction des méfaits, fournir des services de soins infirmiers et des vêtements, et aiguiller les gens vers d'autres services.

Pour servir convenablement les populations méritant l'équité comme les femmes, les personnes autochtones et les groupes racisés, de telles initiatives de proximité sont indispensables, ainsi que des études sur les mesures de réduction des méfaits, (Milaney et al., 2022). De meilleurs programmes de réduction des méfaits sont aussi nécessaires pour les jeunes qui font usage de drogue (Kimmel et al., 2021). Comme indiqué en 2024 dans un rapport d'experts, il faut absolument faire participer concrètement des personnes structurellement défavorisées faisant usage de drogue à l'élaboration de tels services, car elles sont « souvent les mieux placées pour cerner les problèmes à résoudre et les solutions qui fonctionneront le mieux pour les personnes ayant vécu le même type d'expérience » (Gruben et al., 2024).

Deux des formules de réduction des méfaits les plus controversées, les services de consommation supervisée et les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire, sont analysées plus loin. Les autres mesures de réduction des méfaits utilisées au Canada sont la vérification des drogues, l'échange de seringues et les trousse de naloxone pour inverser les surdoses d'opioïdes.

LA NALOXONE

Les surdoses d'opioïdes peuvent arrêter la respiration et conduire à des lésions cérébrales et à la mort (Association canadienne pour la santé mentale, 2019). Il est possible d'éviter ces effets avec une

ou plusieurs doses de naloxone, un médicament sans danger qui s'unit aux récepteurs d'opioïdes et en bloque ou en inverse les effets pendant 20 à 90 minutes (Canada, 2024c). La naloxone ne fonctionne qu'avec les opioïdes (fentanyl, héroïne, morphine, codéine); elle n'inverse pas les surdoses causées par d'autres drogues ou médicaments comme la cocaïne, l'ecstasy ou le Ritalin (Armstrong, 2023). Proposée en aérosol nasal et sous forme injectable, largement utilisée par les secouristes opérationnels et par les témoins de surdoses au Canada, la naloxone et la formation sur son utilisation sont disponibles gratuitement en pharmacie, dans les bureaux des autorités sanitaires locales et dans certains établissements d'enseignement postsecondaire. Dans de nombreuses administrations, les chiffres sur la distribution des trousse de naloxone, la formation connexe et l'utilisation de la naloxone pour inverser les surdoses sont en hausse (Rukavina, 2024; BC Centre for Disease Control, 2019; Quon, 2024). En plus d'intensifier la distribution de naloxone et la formation connexe, il est prioritaire d'élargir l'accès à la version en aérosol nasal, plus facile et moins intimidante à administrer que la version injectable, et donc plus rapide et plus efficace pour réduire les surdoses (Culbert, 2024a; Armstrong, 2023).

LA VÉRIFICATION DES DROGUES

La présence croissante, dans l'approvisionnement non réglementé, de substances inconnues dont on ignore aussi la puissance est l'un des principaux moteurs de la crise de l'empoisonnement par des drogues toxiques (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2024a). Les programmes de vérification des drogues permettent aux gens de déterminer ce que contiennent leurs pilules, poudres, cristaux et autres substances et donc de décider en connaissance de cause d'en consommer ou non (Tobias et al., 2024). Il est possible d'analyser des substances en

une dizaine de minutes dans un bureau de santé équipé d'un spectromètre infrarouge à transformée de Fourier, un instrument capable de détecter jusqu'à six substances dans un échantillon de drogue, dont l'héroïne, la cocaïne, la méthamphétamine, la MDMA, le fentanyl, les benzodiazépines et les substances frelatantes (Fraser Health, 2024; Vancouver Coastal Health, 2024). Il est également possible d'analyser une drogue à l'aide d'une bandelette réactive au fentanyl à emporter chez soi, qui détecte le fentanyl en concentrations infinitésimales (Moran et al., 2024).

Des programmes de vérification des drogues sont actifs partout au Canada, et leurs avantages sont avérés. À Toronto par exemple, les plus de 9 000 échantillons analysés entre 2019 et le début de 2023 contenaient plus de 400 drogues différentes, dont beaucoup étaient liées à des surdoses (McDonald et al., 2023). Les programmes de vérification des drogues ont comme autre avantage qu'ils servent de porte d'entrée vers les services de réduction des méfaits, l'aiguillage vers les services sociaux et de santé et le traitement (McDonald et al., 2023). Ils représentent aussi un moyen informel de surveiller la présence de drogues non réglementées dans la communauté et permettent aux acheteurs de faire des choix plus éclairés (Moran et al., 2024; Wallace et al., 2021). Enfin, ils informent les bureaux de santé publique et les services sociaux locaux des tendances relatives aux contaminants dans l'approvisionnement non réglementé et diffusent des alertes aux personnes qui consomment ces substances et aux prestataires de services (Moran et al., 2024).

LA DISTRIBUTION D'ACCESSOIRES DE CONSOMMATION DE DROGUE

Des programmes de distribution d'aiguilles ont été mis en place au Canada vers la fin des années 1980 dans le

contexte de la prévention du VIH. Aujourd'hui, il y en a plus de 30 au pays (Canadian Addiction Treatment Centres, 2024); ils fournissent aux personnes faisant usage de drogue des accessoires stérilisés pour prévenir la propagation des infections véhiculées par le sang et éliminer en toute sécurité les aiguilles usées. Comme d'autres services de réduction des méfaits, ces programmes peuvent resserrer les liens entre les personnes qui font usage de drogues par injection et les prestataires de services de santé, favorisant ainsi un dialogue positif dans les milieux des services sociaux et de la santé (Card et al., 2019).

Malgré les effets positifs de ces programmes, certains gouvernements les rejettent, ainsi que le modèle de réduction des méfaits en général. En 2024, la Saskatchewan a mis fin au financement des pipes et des aiguilles à usage unique pour les services de consommation supervisée en prétextant que la fourniture de matériel et d'instructions « envoie un mauvais message », à savoir : que l'usage de drogues est sûr et approuvé (Mandryk, 2024; Quon, 2024), et en invoquant à tort l'existence d'un lien entre les programmes de distribution et l'augmentation des taux de surdoses et d'infections à VIH dans la province (Salloum, 2024).

LES SERVICES DE CONSOMMATION SUPERVISÉE

Étant donné que toute consommation de drogues venant de l'approvisionnement non réglementé comporte un risque de lésion ou de décès, un élément essentiel de la réduction des méfaits est d'encourager les gens à consommer ces drogues potentiellement toxiques dans un endroit où il y a des personnes formées pour leur administrer les premiers soins en cas de surdose. Les services de consommation supervisée (parfois appelés sites de consommation supervisée, centres de prévention des surdoses

ou salles de consommation de drogues) sont des endroits désignés où l'on peut consommer sous la supervision d'un personnel formé des drogues obtenues au préalable (Canada, 2024d). Selon la politique et l'aménagement physique de l'installation, les gens peuvent apporter des drogues à consommer oralement, par injection, en les fumant ou en les inhalant. On trouve ces installations dans différents endroits : certaines sont à l'intérieur d'établissements permanents du quartier, d'autres dans des véhicules mobiles, des hôpitaux ou des tentes en plein air pour faciliter l'inhalation sans danger (Culbert, 2024b).

L'une des grandes difficultés cependant est que la plupart de ces installations n'ont ni le matériel, ni la configuration nécessaire pour accepter l'inhalation sécuritaire de drogues, un mode de consommation de plus en plus prévalent qui est étroitement associé aux surdoses en Alberta, en Colombie-Britannique et en Ontario (Giliauskas, 2022). Le coût d'installation d'appareils de ventilation spécialisés est prohibitif (Joannou, 2023), mais cette lacune dans la prestation de services est en décalage par rapport aux tendances actuelles des modalités de consommation et ne répond pas aux besoins des personnes qui fument de la drogue (Konnert, 2024; Bellefontaine, 2024).

Il est attesté que les services de consommation supervisée réduisent les décès par surdose. En Colombie-Britannique seulement, ces services ont inversé près de 29 000 surdoses de drogues toxiques entre janvier 2017 et avril 2024 (Culbert, 2024b). Selon les conclusions d'une revue systématique couvrant de nombreux pays (dont le Canada), de telles installations réduisent le risque de surdose et les comportements de consommation dangereux et élargissent l'accès au traitement (Kennedy et al., 2017). Une étude sur les taux de surdoses dans les quartiers de Toronto a fait état d'une diminution de 67 % du taux de mortalité par surdose après l'introduction d'un service de consommation supervisée, et d'effets encore plus positifs dans les quartiers où un service

existait depuis au moins un an (Rammohan et al., 2024b).

Par ailleurs, les services de consommation supervisée permettent aux personnes faisant usage de drogue de se prévaloir d'un éventail d'autres services, dont des mesures de réduction des méfaits comme la vérification des drogues, le matériel de consommation propre, la sensibilisation aux pratiques d'injection sécuritaires et les trousseaux de naloxone. Ces services proposent aussi des tests de dépistage des maladies infectieuses, aiguillent les usagers vers les soins de santé et le traitement des dépendances et donnent accès à des mesures de soutien social comme le logement et l'emploi (Canada, 2024d). Ces services intégrés abordent les besoins individuels et ouvrent la voie à une meilleure qualité de vie (Hyshka et al., 2021).

Malgré les avantages attestés des services de consommation supervisée, leur adoption au Canada est limitée. Il est en effet très complexe, du point de vue de la gouvernance et du financement, d'ouvrir et de faire fonctionner une installation; cela implique généralement une coordination entre le gouvernement fédéral, le gouvernement provincial et l'administration municipale. Les processus d'approbation fédéraux et provinciaux exigent que ces sites mènent des consultations locales avant de présenter une demande et continuent de consulter la communauté lorsqu'ils sont opérationnels (Harrison, 2023).

Certains résidents et propriétaires de commerces s'opposent à l'emplacement des services proposés, de peur que cela ait des effets indésirables sur le quartier (Kolla et al., 2017). Selon un important corpus d'études menées au Canada et en Europe, les locaux de consommation supervisée ne font pas augmenter le désordre public et la criminalité dans les environs (Kennedy et al., 2017; Coalition canadienne des politiques sur les drogues, 2024).

Bien que certaines communautés fassent état de problèmes concentrés à proximité de ces sites (Culbert, 2024b; Lautenschlager, 2023; Ibrahim, 2024; Perry, 2024), d'autres sites fonctionnent sans susciter de préoccupations dans la communauté (Woodward, 2024). Deux examens d'une installation de consommation supervisée de Toronto ont recommandé des modifications à leurs pratiques de gestion pour répondre aux préoccupations du voisinage, mais en faisant remarquer que l'installation valorisait la communauté et devait rester ouverte (Rider, 2024). Ces constats sont confirmés dans une revue de la littérature sur les services de consommation supervisée en Ontario menée par le Centre on Drug Policy Evaluation (2024).

Il importe de poursuivre les études indépendantes sur les effets des installations de consommation supervisée – et d'autres services de réduction des méfaits – au sein de leurs communautés pour assurer la continuité de l'appui du public au développement de ces installations et services au Canada. De telles installations sont essentielles à la réduction des méfaits, et elles ne seront efficaces que si elles fonctionnent avec succès dans des endroits où leurs usagers y ont accès.

L'APPROVISIONNEMENT PLUS SÉCURITAIRE

Les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire sont une forme de réduction des méfaits; ils visent à aider les personnes ayant un diagnostic de trouble d'usage de substances sévère à éviter les lésions et les décès causés par l'approvisionnement non réglementé en drogues toxiques en leur fournissant plutôt des produits pharmaceutiques de qualité médicale sur ordonnance. (Un diagnostic de trouble d'usage de substances sévère n'est pas strictement parlant un critère d'accès nécessaire, mais jusqu'à présent, l'accès à ces programmes est limité

presque exclusivement aux personnes ayant un tel diagnostic.) Comme il n'est pas faisable que toutes les personnes faisant usage de drogues non réglementées consomment exclusivement dans des installations de consommation supervisée, il faut absolument disposer d'un approvisionnement plus sécuritaire qui permette la consommation de substances dont la composition et la puissance sont connues.

L'approvisionnement plus sécuritaire contribue beaucoup à protéger les gens des décès par surdose. Selon une étude de 2024 menée auprès de résidents de la Colombie-Britannique ayant un diagnostic de trouble de consommation d'opioïdes ou de stimulants, la probabilité de décès par surdose était inférieure de 55 %, et la probabilité de décès par d'autres causes, inférieure de 61 %, chez les personnes ayant eu accès à un approvisionnement plus sécuritaire la semaine suivant leur ordonnance initiale. Ces taux étaient inférieurs de 89 % et de 91 % respectivement chez les personnes ayant eu accès à un approvisionnement plus sécuritaire pendant quatre jours ou plus (Slaunwhite et al., 2024).

Comme ils sont en communication constante avec du personnel médical, les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire améliorent la qualité de vie des usagers en les aiguillant vers des services sociaux et de santé. Bien des gens qui participent à ces programmes sont en mesure de stabiliser leur vie et d'améliorer leur bien-être, car ils ne sont plus menacés par la criminalisation de l'achat de drogues non réglementée et ils exercent un plus grand contrôle sur leur usage de substances (CdPN-APS, s.d.; Schmidt et al., 2023; Ivsins et al., 2021). Une revue des résultats des programmes d'approvisionnement plus sécuritaire de l'Ontario a fait état de résultats cliniques positifs pour les personnes participantes : des taux moins élevés de visites aux urgences et d'hospitalisations; un moindre recours à l'approvisionnement non réglementé en drogues toxiques; et des taux moins élevés

d'infections liées à l'usage de substances. Les résultats positifs généraux étaient l'amélioration de la qualité de vie et de la santé mentale, l'amélioration de la stabilité financière et la diminution de l'implication dans des activités criminalisées (Ontario Drug Policy Research Network, 2023).

Plusieurs des difficultés et des obstacles des programmes d'approvisionnement plus sécuritaire nécessitent des solutions stratégiques. Premièrement, ces programmes proposent un éventail limité d'opioïdes et d'autres substances (Ferguson et al., 2022) moins puissants que les substances et les doses de l'approvisionnement non réglementé que les gens sont habitués de consommer (Ivsins et al., 2020; Harnett, 2024). Les besoins non comblés des personnes qui, en plus de vouloir prévenir les symptômes de sevrage, cherchent l'euphorie et la prise en charge de la douleur (Pauly et al., 2022) amènent ces personnes à se tourner vers l'approvisionnement non réglementé en plus des médicaments qui leur sont prescrits (McNeil et al., 2022). Pour que les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire répondent pleinement aux besoins des usagers et les détachent complètement de l'approvisionnement non réglementé, ils doivent absolument prescrire des substances plus puissantes et plus diverses.

Certains modèles d'approvisionnement plus sécuritaire en médicaments sur ordonnance posent des obstacles importants pour les personnes participantes en les forçant à consulter une ou un professionnel de santé ou une pharmacie tous les jours pour obtenir ou prendre leurs médicaments. L'exigence d'un dosage observé peut favoriser la méfiance entre les professionnels de santé et leurs usagers et entraver l'emploi et les déplacements. Ces difficultés soulignent la nécessité de proposer des options souples, comme des doses supplémentaires à emporter ou la livraison de médicaments, pour rendre les programmes plus accessibles (Pauly et al., 2022). De telles options sont particulièrement importantes

pour étendre les programmes aux régions rurales et éloignées.

Une grande partie des préoccupations du public et de la classe politique à l'égard des programmes d'approvisionnement plus sécuritaire porte sur la possibilité que des médicaments à emporter soient détournés, volontairement ou non, vers d'autres personnes que celles dont le nom figure sur l'ordonnance (Larance et al., 2011). Il est reconnu qu'un tel détournement peut se produire avec les médicaments sur ordonnance issus de l'approvisionnement plus sécuritaire (comme pour bien d'autres ordonnances), et qu'il répond souvent à des besoins non comblés (Bardwell et al., 2021a; Bardwell et al., 2021b). Il n'y a cependant aucune preuve à l'appui des accusations selon lesquelles un tel détournement ferait augmenter les décès par surdose ou conduirait les jeunes vers la dépendance (Office of the Provincial Health Officer, 2023; BC Coroners Service, 2022; BC Centre for Disease Control, 2021; Gomes et al., 2022).

Dans une revue exhaustive menée en 2023, le bureau de la directrice de la Santé de la Colombie-Britannique note ces difficultés du programme, mais rappelle que l'approvisionnement plus sécuritaire en médicaments sur ordonnance joue un rôle de santé publique indispensable en protégeant les personnes faisant usage de drogue (Office of the Provincial Health Officer, 2023). Comme l'indique le rapport de suivi toutefois, le modèle d'approvisionnement en médicaments sur ordonnances ne sera jamais assez vaste pour protéger les centaines de milliers de personnes qui font usage de drogues en Colombie-Britannique seulement. Il ne peut pas non plus répondre aux besoins des personnes dont l'usage de substances n'atteint pas le seuil d'un trouble diagnostiqué, ni de celles qui ne sont pas prêtes à transiger avec le système médical parce qu'elles ont vécu des expériences de stigmatisation ou des traumatismes en se faisant traiter. Comme le

conclut le rapport, pour protéger ces populations à risque aigu d’empoisonnement et d’autres lésions, il faut explorer des approches non médicalisées qui proposent aux personnes qui font usage de drogues des options de rechange à l’approvisionnement non réglementé en drogues hautement toxiques. S’ils s’accompagnent d’une consultation, d’une surveillance et d’une évaluation rigoureusement conçues, les modèles d’approvisionnement plus sécuritaire sans ordonnance pourraient être en mesure de protéger un groupe beaucoup plus vaste de personnes vulnérables tout en procurant les mêmes avantages que les programmes actuels d’approvisionnement plus sécuritaire en médicaments sur ordonnance (Office of the Provincial Health Officer, 2024).

LA DÉCRIMINALISATION

Depuis des dizaines d’années, la communauté de la santé publique, les spécialistes des droits de la personne et les militants sur le terrain considèrent la criminalisation comme un moyen inefficace, nuisible et injuste de réduire les méfaits de l’usage de substances et du commerce des drogues non réglementées. Comme l’indiquait l’ACSP dans son énoncé de position de 2017 sur la décriminalisation, « le recours à des sanctions pénales pour restreindre la consommation personnelle de substances psychotropes illégales a échoué sur le plan de la restriction du nombre de consommateurs ou de produits qui leur sont offerts » (ACSP, 2017).

La criminalisation de l’usage de drogues est non seulement inefficace pour réduire la consommation et l’accès, mais aussi coûteuse, contre-productive et nuisible (Virani et Haines-Saah, 2020). La peur de la stigmatisation et des poursuites criminelles font que les gens qui ont recours à l’approvisionnement non réglementé en drogues sont plus susceptibles de consommer seuls et en prenant des moyens à risque élevé, ce qui accroît leurs risques de décès, de lésions et de transmission d’infections véhiculées

par le sang (Jesseman et Payer, 2018). L’incarcération et les casiers judiciaires causent le plus de torts aux populations au bas du gradient social en réduisant leurs perspectives d’emploi, leur accès à un logement convenable ou en leur faisant perdre la garde juridique d’un enfant. Ces effets de la criminalisation touchent démesurément les populations noires et autochtones (Canada, 2021c; Khenti, 2014) déjà structurellement défavorisées.

Pour de nombreuses raisons, la communauté de la santé publique et d’autres parties prenantes sont en faveur de supprimer la menace de poursuites criminelles pour possession pour usage personnel de petites quantités de drogues actuellement illicites. Sans la menace d’une incarcération et d’un casier judiciaire et la stigmatisation qui s’y rattache, les personnes visées seraient plus prêtes à chercher des options de réduction des méfaits et à se faire traiter pour un trouble d’usage de substances. Les fonds publics qui servent actuellement au maintien de l’ordre et à l’incarcération des personnes faisant usage de drogue (et à aborder les effets en aval de leur criminalisation) pourraient promouvoir la santé plus directement s’ils étaient utilisés pour les programmes et les services sociaux qui favorisent la santé.

Surtout, la décriminalisation doit s’accompagner d’autres politiques visant à contrôler la consommation et à en limiter les effets délétères. Comme l’a indiqué récemment un groupe d’experts de la Société royale du Canada, la décriminalisation « ne représente pas une approche, une intervention ou un modèle unique; elle englobe plutôt une série de principes, de politiques et de pratiques qui peuvent être mis en œuvre ou adoptés par divers ordres de gouvernement et parties prenantes, en fonction du territoire visé et du contexte local » (Gruben et al., 2024). Un plan de décriminalisation doit préciser les substances visées; la quantité qui peut être légalement possédée pour usage personnel et par qui; les endroits où la consommation de drogue est permise et ceux où

elle est interdite; les politiques de dissuasion de la consommation nocive; et les politiques et services sociaux favorables qui visent à améliorer la santé et les conditions de vie des personnes ayant un trouble d'usage de substances. Selon un rapport de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime publié récemment, l'influence de la réforme des politiques antidrogues dépend du contexte social dans lequel elles sont mises en place et de l'effet dissuasif de la criminalisation de certains comportements (ONUDC, 2024).

Dans une perspective de droits de la personne, la décriminalisation respecte le droit d'ingérer les substances de son choix – comme le fait déjà le régime juridique en vigueur visant le tabac, l'alcool et le cannabis pour les personnes qui font usage de ces substances. En étendant ce droit à toutes les drogues, la décriminalisation commencerait à remédier aux iniquités causées par la fragmentation des démarches de réglementation actuelles. Comme le font remarquer les défenseurs de la santé publique, la décriminalisation est avant tout une question de justice sociale, car elle commence à défaire les effets structurels des torts disproportionnés infligés par le droit criminel aux personnes déjà défavorisées par les iniquités sociétales, comme c'est le cas de bien des personnes ayant un trouble d'usage de substances (Virani et Haines-Saah, 2020).

La décriminalisation peut réduire certains méfaits et procurer certains avantages, mais elle ne peut pas à elle seule aborder les autres dimensions de la crise des drogues toxiques qui sévit aujourd'hui. Elle ne fera pas de grandes avancées vers la réduction de la toxicité du marché non réglementé, le traitement des personnes ayant un trouble d'usage de substances, l'hébergement des personnes sans abri, ni la prévention ou le traitement des troubles mentaux.

Les récentes expériences de décriminalisation menées dans certaines provinces soulignent le

besoin d'accompagner les changements juridiques de politiques et de services complets pour maintenir l'appui du public et de la classe politique tout en améliorant les résultats des gens qui font usage de drogues non réglementées. En Colombie-Britannique, un projet pilote de trois ans sur la décriminalisation de la possession de drogues pour usage personnel lancé en 2023 a été modifié en profondeur en 2024 à la suite des préoccupations suscitées par l'usage de drogues dans les hôpitaux, les commerces et les parcs (Berz, 2024; Hager, 2024). Comme ce projet pilote interdisait légalement l'usage de drogues à ces endroits, il semble que le problème ait plutôt été le manque de capacité d'application de la loi et l'insuffisance des mesures de soutien social. Bien que la phase initiale du projet, plus extensive, n'ait pas amélioré la crise des drogues toxiques dans la province en général (ce qu'elle n'aurait pas pu faire de toute façon) (Berz, 2024), elle a réduit les affrontements avec le système judiciaire liés à la drogue tout en maintenant à un niveau stable l'utilisation des ressources de réduction des méfaits des organismes de soins de santé (BC Centre for Disease Control, 2024).

L'État de l'Orégon a inversé en 2020 son introduction de la décriminalisation pour des raisons semblables : le manque de services sociaux connexes, de financement et de collaboration des parties prenantes. Face à la réaction négative du public à la hausse des décès par surdose et aux taux élevés de consommation de drogue dans les lieux publics, l'État a rétabli des sanctions pénales en 2024 (Davies, 2024; ONUDC, 2024).

Au Portugal, où la possession de drogue est décriminalisée depuis 2001, l'appui soutenu du public et l'efficacité relative avec laquelle cette politique produit des avantages pour la société (Transform Drug Policy Foundation, 2021) sont étroitement liés aux investissements connexes dans les services de santé, les services sociaux, l'éducation et le rayonnement (Slade, 2021; Chambre des communes,

2024a). Remarquablement, il a fallu du temps pour que cet ensemble complet de politiques prenne effet : une baisse de 75 % des décès liés aux drogues n'a été obtenue qu'après une période de 21 ans (Paun et Hernandez-Morales, 2024).

À la lumière des expériences de ces provinces, États et pays, pour que la décriminalisation se traduise par des gains sur le plan de la sécurité, de la santé et du bien-être des personnes faisant usage de drogue tout en maintenant l'appui du public et de la classe politique, ces mesures doivent absolument s'accompagner d'un grand nombre de politiques et de services sociaux, de santé et de réduction des méfaits. Introduire la décriminalisation en l'absence de services de soutien social risque de miner l'appui du public et des instances politiques, surtout quand la politique antidrogue est intensément politisée.

Certains spécialistes et défenseurs maintiennent que la décriminalisation est une mesure nécessaire à appliquer immédiatement pour des raisons de santé et de droits de la personne, peu importe si les conditions propices sont présentes ou non (Gruben et al., 2024). D'autres considèrent qu'il est prématuré de réclamer la décriminalisation sans avoir mis en place les services requis (Chambre des communes, 2024d, 2024a). Mais au milieu d'une crise complexe de drogues toxiques, de maladie mentale et de sans-abrisme, il faut renouveler les efforts pour décriminaliser les drogues.

VERS LA LÉGALISATION ET LA RÉGLEMENTATION

En 2014, dans son énoncé de position sur une nouvelle démarche de gestion des substances psychotropes illégalement au Canada, l'ACSP indiquait que les approches de prohibition et de criminalisation

existantes étaient incompatibles avec l'état des connaissances de la santé publique sur les torts infligés par ces approches aux personnes, aux familles et aux communautés, et qu'en outre, elles ne réduisaient pas l'usage de drogues (ACSP, 2014). Comme une démarche de santé publique structure en partie la production, la fabrication, la commercialisation et la vente de tabac, d'alcool et de cannabis aujourd'hui, il faut étendre cette démarche pour orienter la légalisation et la réglementation de certaines substances encore non réglementées. Comme l'indiquent des défenseurs d'un approvisionnement plus sécuritaire réglementé, c'est en réglementant une substance que l'on exerce le plus de contrôle sur sa production, sa distribution et sa consommation (DeBeck et al., 2024b).

En limitant strictement les influences commerciales dans l'espace décriminalisé et en introduisant davantage d'efforts de sensibilisation et de prévention fondés sur les preuves, il y a tout lieu de s'attendre à ce qu'une telle démarche soit meilleure pour la santé de nombreuses populations au Canada. Une transition vers une démarche de réglementation cohérente à l'égard des substances psychotropes a été avalisée ces dernières années par deux groupes d'experts qui se sont penchés sur la crise des drogues toxiques (Gruben et al., 2024; Groupe d'experts sur la consommation de substances de Santé Canada, 2021). Le retrait des sanctions pénales pour possession et usage personnels de drogues non réglementées à l'heure actuelle, combiné à l'introduction d'approches non médicales pour sécuriser l'approvisionnement, serait un grand pas en avant sur le chemin de la légalisation et de la réglementation pleines et entières. Il est à la fois possible et nécessaire de faire de petits pas vers ces objectifs dès maintenant, en tenant compte des problèmes sociaux, de santé et de logement qui accompagnent la crise actuelle des drogues toxiques.

CONCLUSION

La crise des drogues toxiques au Canada exige une action urgente et unifiée qui transcende les clivages idéologiques. Tous les ordres de gouvernement, ainsi que les principales parties prenantes, doivent absolument prioriser et intensifier des solutions factuelles qui abordent les besoins immédiats et à long terme des personnes les plus touchées par cette crise. La réduction des méfaits, les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire, la décriminalisation et des initiatives culturellement appropriées dirigées par les Autochtones sont essentiels pour sauver des vies et réduire les torts causés. En adoptant une démarche de santé publique exhaustive, nous pouvons prévenir d'autres morts inutiles et favoriser le bien-être de toute la population canadienne, en nous assurant que chaque personne ait la possibilité de vivre dans l'espoir et la dignité.

RÉFÉRENCES

- Ali, F., et al. (2023). « [An environmental scan of residential treatment service provision in Ontario](#) », *Subst Abuse Treat Prev Policy*, vol. 18, p. 73.
- Alsabbagh, M.W., et al. (2022). « [Remédier à la crise des opioïdes au Canada : une analyse longitudinale de la corrélation entre le statut socioéconomique et les taux de décès, d'hospitalisations et de visites à l'urgence liés aux opioïdes dans la population \(2000-2017\)](#) », *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, vol. 42, no 6, p. 229-237.
- Armstrong, L. (2023). « [Naloxone: What to know about the opioid overdose-reversing drug, free across Canada](#) », CTV News.
- Association canadienne de santé publique (2024). [Cadre pour une démarche de santé publique à l'égard de l'usage de substances](#).
- Association canadienne de santé publique (2017). [La décriminalisation de l'usage personnel de substances psychotropes](#).
- Association canadienne de santé publique (2014). [Nouvelle démarche de gestion des substances psychotropes illégales au Canada](#).
- Association canadienne pour la santé mentale (2019). [Naloxone 101](#).
- Atif, S., et al. (2023). [Traitement avec hébergement pour l'usage de substances au Canada](#). Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.
- Babor, T.F., et al. (2018). « [Preventing illicit drug use by young people](#) » dans *Drug Policy and the Public Good*, Oxford University Press eBooks.
- Balogh, M. (2024). « [Contaminated illicit recreational drugs raise alarm in Kingston](#) », *The Recorder and Times* (17 juillet).
- Bardwell, G., et al. (2021a). « Examining factors that shape use and access to diverted prescription opioids during an overdose crisis: a qualitative study in Vancouver, Canada », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 130, p. 108418.
- Bardwell, G., et al. (2021b). « "People need them or else they're going to take fentanyl and die": a qualitative study examining the 'problem' of prescription opioid diversion during an overdose epidemic », *Social Science & Medicine*, vol. 279, p. 113986.
- BC Centre for Disease Control (2024). « [Decriminalization in B.C.](#) ».
- BC Centre for Disease Control (2021). « [Post-mortem detection of hydromorphone among persons identified as having an illicit drug toxicity death since the introduction of Risk Mitigation Guidance prescribing](#) », Knowledge Update (15 septembre).
- BC Centre for Disease Control (2019). « [Report estimates more than 590,000 naloxone kits distributed across Canada](#) ».
- BC Centre on Substance Use (2024). « [Addressing the complexities of abstinence-based perspectives within Indigenous communities by emphasizing cultural strengths](#) », *Addiction Practice* [balado], saison 4, épisode 2 (8 février).
- BC Coroners Service (2022). « [Coroners Service news release: 165 British Columbians lost to toxic drug supply in March 2022](#) » (16 mai).
- BC Coroners Service Death Review Panel (2023). [An Urgent Response to a Continuing Crisis](#).
- BC Mental Health & Substance Use Services (s.d.). « [Opioid agonist treatment](#) ».
- BC Representative for Children and Youth (2021). [Detained: Rights of children and youth under the Mental Health Act](#).
- Bellefontaine, M. (2024). « [Inhalation rooms in safe consumption sites could save lives, Alberta advocates say](#) », CBC News (12 juin).
- Berz, K L. (2024). « [What went wrong with drug decriminalization in British Columbia? Those on the streets have a message for Toronto](#) », *Toronto Star*.
- Bureau du coroner en chef de l'Ontario (2023). « [OCC Opioid related deaths by CSD 2018-2023Q3](#) » [XLSX].

- Canada (2024a). « [Les hommes dans certains métiers et la consommation de substances](#) ».
- Canada (2024b). « [Services aux Autochtones Canada : Plan ministériel 2024-2025](#) ».
- Canada (2024c). « [Naloxone](#) ».
- Canada (2024d). « [Explication des sites et des services de consommation supervisée](#) », 9 février.
- Canada (2024e). « [Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada](#) », 27 mars.
- Canada. (2023). « [Sites de consommation supervisée : statut des demandes](#) », 4 décembre.
- Canada (2021a). [Méfaits associés aux opioïdes et troubles mentaux au Canada : une analyse descriptive des données d'hospitalisations](#).
- Canada (2021b). [Prévenir les méfaits liés aux substances chez les jeunes Canadiens en prenant des mesures dans les communautés scolaires : Document d'orientation](#).
- Canada (2021c). [Recommandations de solutions de rechange aux sanctions pénales pour possession simple de substances contrôlées](#).
- Canada (2018). [Prévenir la consommation problématique de substances chez les jeunes](#), Administratrice en chef de la santé publique du Canada.
- Canadian Addiction Treatment Centres (2024). « [Why is Canada's needle exchange program important](#) ».
- Canadian Association of People who Use Drugs (CAPUD) (2019). [Safe Supply Concept Document](#).
- Card, K.G., et al. (2019). [Needle Exchange Evidence Brief](#), Université de Victoria.
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2024a). [La drogue contient-elle ce qu'on croit qu'elle contient? Résultats du Projet communautaire d'analyse d'urine et d'auto-évaluation](#) (PCUA) [site Web].
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2024b). [Compte rendu de la table ronde nationale sur l'établissement de partenariats avec les Premières Nations, les Métis et les Inuits](#).
- Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) (2024). [Fundamentals of Addiction: Treatment](#) [page Web].
- Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) (2021). [Opioid Agonist Therapy: A Synthesis of Canadian Guidelines for Treating Opioid Use Disorder](#).
- Centre on Drug Policy Evaluation (2024). [Supervised Consumption Services in Toronto: Evidence and Recommendations](#), Toronto (novembre).
- Chambre des communes (2024a). « [Témoignages : Comité permanent de la santé](#) », HESA-121, 6 juin.
- Chambre des communes (2024b). « [Témoignages : Comité permanent de la santé](#) », HESA-114, 6 mai.
- Chambre des communes (2024c). « [Réunion de comité](#) », HESA-119, 30 mai.
- Chambre des communes (2024d). « [Réunion de comité](#) », HESA-110, 15 avril.
- Chimbar, L., et Y. Moleta (2018). « [Naloxone effectiveness: a systematic review](#) », *Journal of Addictions Nursing*, vol. 29, no 3, p. 167-171.
- Coalition canadienne des politiques sur les drogues (2024). [Evidence around Harm Reduction and Public Health-Based Drug Policies](#) (site Web).
- Colombie-Britannique (2024). « [Decriminalizing people who use drugs in B.C.](#) ».
- Communauté de pratique nationale sur l'approvisionnement plus sécuritaire (CdPN-APS) (s.d.). « [Qu'est-ce qu'un approvisionnement plus sécuritaire?](#) ».
- Conseil canadien des normes (2024). [Feuille de route de normalisation en SMSLCS](#).
- Culbert, L. (2024a). « [What would you rather do? Squirt naloxone up a victim's nose or inject a needle?](#) », *Vancouver Sun*.
- Culbert, L. (2024b). « [What happens inside Metro Vancouver's overdose prevention sites — and how they're dealing with neighbours' concerns](#) », *Vancouver Sun* (6 août).
- Cummings, M. (2024). « [Alberta should set standards for addiction treatment centres, judge says in fatality report](#) », CBC News (4 juillet).
- Davies, D. (hôte) (2024). « [Why Oregon's groundbreaking drug decriminalization experiment is coming to an end](#) », *Fresh Air* [balado audio].
- DeBeck, K., et P. Kendall (2024a). « [B.C.'s plan for involuntary addiction treatment is a step back in our response to the overdose crisis](#) », *The Conversation*.
- DeBeck, K., P. Kendall et L. Lapointe (2024b). « [Drug prohibition is fuelling the overdose crisis: regulating drugs is the way out](#) », *The Conversation* (4 juillet).
- Dellplain, M. (2024). « [Involuntary drug treatment: 'compassionate intervention' or policy dead end?](#) », *Healthy Debate*.
- Elnagdi, A., et al. (2023). « [Opioid agonist treatment retention among people initiating methadone and buprenorphine across diverse demographic and geographic subgroups in Ontario: a population-based retrospective cohort study](#) », *Canadian Journal of Addiction*, vol. 14, no 4, p. 44-54.
- Ferguson, M., et al. (2022). « Investigating opioid preference to inform safe supply services: a cross sectional study », *International Journal of Drug Policy*, vol. 101, p. 103574.
- First Nations Health Authority (s.d.). [Not Just Naloxone Program](#) [site Web].
- Fischer, B., M. Pang et M. Tyndall (2018). « [The opioid death crisis in Canada: crucial lessons for public health](#) », *Lancet Public Health*, vol. 4, no 2, p. e81-e82.
- Fischer, N.R. (2022). « [School-based harm reduction with adolescents: a pilot study](#) », *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, vol. 17, no 1.
- Fraser Health (2024). « [Drug checking - Fourier-transform infrared spectrometers](#) (FTIR) ».
- Giliauskas, D. (2022). [A Review of Supervised Inhalation Services in Canada](#), Ontario HIV Treatment Network/Réseau ontarien de traitement du VIH.
- Gomes, T., et al. (2021). [Changing Circumstances Surrounding Opioid-Related Deaths in Ontario during the COVID-19 Pandemic](#). Ontario Drug Policy Research Network, Bureau du coroner en chef de l'Ontario/Service de médecine légale de l'Ontario, Santé publique Ontario.
- Gomes, T., et al. pour l'Ontario Drug Policy Research Network, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario et l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé Publique Ontario) (2022). [Patterns of Medication and Healthcare Use among People Who Died of an Opioid-Related Toxicity during the COVID-19 Pandemic in Ontario](#). Ontario Drug Policy Research Network.
- Greer, A., et al. (2024). « [Awareness and knowledge of drug decriminalization among people who use drugs in British Columbia: a multi-method pre-implementation study](#) », *BMC Public Health*, vol. 24, no 1, p. 407.
- Groupe d'experts sur la consommation de substances de Santé Canada (2021). [Recommandations relatives à la politique du gouvernement du Canada en matière de drogues, telle qu'elle est énoncée dans le projet de Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances](#) (SCDAS).
- Gruben, V., et al. (2024). [Urgentes et attendues depuis trop longtemps : la réforme du droit en matière de drogues et la décriminalisation des drogues au Canada](#), Société royale du Canada.

- Hager, M. (2024). « [B.C. backs off drug decriminalization pilot project following outcry](#) », *Globe and Mail*.
- Haines-Saah, R. (2023). [Youth Drug Prevention 101](#) (webinaire), Moms Stop the Harm.
- Haines-Saah, R.J., et E. Hyshka (2023). « [Harm reduction](#) » dans Edward Elgar Publishing eBooks (p. 140-145).
- Harnett, C. (2024). « [Safer supply too weak for most street-drug users, says Island Health doctor](#) », *Times Colonist* (8 février).
- Harrison, L. (2023). « [When it comes to Toronto's supervised injection sites, who's in charge? Here's what you need to know](#) », CBC (28 août).
- Hatt, L. (2021). [La crise des opioïdes au Canada](#), Bibliothèque du Parlement.
- Heimer, R., et al. (2024). « [Receipt of opioid use disorder treatments prior to fatal overdoses and comparison to no treatment in Connecticut, 2016-17](#) », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 254, p. 111040.
- Hodgins, D.C., et al. (2022). « Treatment of opioid use disorder in Canadian psychosocial addiction programs: a national survey of policy, attitudes, and practice », *Can J Psychiatry = Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 67, no 8, p. 638-647. doi: 10.1177/07067437221082858. Epub (8 mars). PMID: 35257596; PMCID: PMC9301153.
- Hyshka, E., et al. (2021). [Evidence Brief: Health Impacts, Edmonton](#), Canadian Research Initiative in Substance Misuse (4 pages).
- Ibrahim, N. (2024). « [Study sparks debate on impact of Toronto safe consumption sites](#) », *Global News* (22 février).
- Indigenous Health Today (s.d.). [Sacred Breath of Life: The Toxic Drug Crisis](#) [série documentaire].
- Ivsins, A., et al. (2021). « ["It's helped me a lot, just like to stay alive": a qualitative analysis of outcomes of a novel hydromorphone tablet distribution program in Vancouver, Canada](#) », *Journal of Urban Health*, vol. 98, no 1, p. 59-69.
- Ivsins, A., et al. (2020). « Barriers and facilitators to a novel low-barrier hydromorphone distribution program in Vancouver, Canada: a qualitative study », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 216, p. 108202.
- Jesseman, R., et D. Payer (2018). [La décriminalisation : les options et les données probantes](#) (document d'orientation), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.
- Joannou, A. (2023). « [As smoking toxic drugs kills in record numbers, B.C. coroner calls for supervised inhalation sites](#) », CBC (1^{er} octobre).
- Kennedy, M.C., M. Karamouzian et T. Kerr (2017). « Public health and public order outcomes associated with supervised drug consumption facilities: a systematic review », *Current HIV/AIDS Reports*, vol. 14, p. 161-183.
- Khenti, A. (2014). « [The Canadian war on drugs: structural violence and unequal treatment of Black Canadians](#) », *International Journal of Drug Policy*, vol. 25, no 2, p. 190-195.
- Kim, E.T. (2024). « [A drug-decriminalization fight erupts in Oregon](#) », *New Yorker* (15 janvier).
- Kimmel, S.D., et al. (2021). « [Principles of harm reduction for young people who use drugs](#) », *Pediatrics*, vol. 147, suppl. 2, p. S240-S248.
- Kolla, G., et al. (2017). « [Risk creating and risk reducing: community perceptions of supervised consumption facilities for illicit drug use](#) », *Health, Risk & Society*, vol. 19, no 1-2, p. 91-111.
- Konnert, S. (2024). « [Calls for inhalation spaces grow after 2 supervised injection sites close](#) », CBC (5 mars).
- La Grassa, J. (2023). « [As Ontario reviews its drug consumption sites, Windsor still waits for SafePoint approval](#) », CBC News (31 août).
- Larance, B., et al. (2011). « [Definitions related to the use of pharmaceutical opioids: extramedical use, diversion, non-adherence and aberrant medication-related behaviours](#) », *Drug and Alcohol Review*, vol. 30, no 3, p. 236-245.
- Lautenschlager, T. (2023). « [Leslieville residents hold town hall on future of safe-consumption site](#) », CBC (26 juillet).
- Ledberg, A., et T. Reitan (2022). « [Increased risk of death immediately after discharge from compulsory care for substance abuse](#) », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 236, p. 109492.
- Luciano, A. (2024). « [B.C. launches opioid treatment phone line to provide access to same-day care](#) », CBC News (27 août).
- MacLean, C. (2024). « [New drug testing machines touted by Manitoba government as way to combat toxic drug crisis](#) », CBC News.
- Mandryk, H. (2024). « [Sask. harm reduction workers feeling the effects of 'recovery-based' strategy](#) », CTV News.
- Manitoba (2024). « [Le gouvernement du Manitoba collabore avec l'Aboriginal Health and Wellness Centre pour ouvrir le premier centre de consommation supervisée dirigé par des Autochtones au Canada](#) » [communiqué], 12 juillet.
- Marshall, B.D., et al. (2011). « [Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study](#) », *Lancet*, vol. 377, no 9775, p. 1429-1437.
- McDonald, K., H. Thompson et D. Werb (2023). [10 Key Findings Related to the Impact of Toronto's Drug Checking Service](#), Toronto's Drug Checking Service, Centre on Drug Policy Evaluation.
- McNeil, R., et al. (2022). « Implementation of safe supply alternatives during intersecting COVID-19 and overdose health emergencies in British Columbia, Canada, 2021 », *American Journal of Public Health*, vol. 112, no S2, p. S151-S158.
- Milaney, K., et al. (2022). « [A scoping review of opioid harm reduction interventions for equity-deserving populations](#) », *Lancet Regional Health - Americas*, vol. 12, p. 100271.
- Moman, S. (2024). « [Home delivery now available for harm reduction supplies in B.C.](#) », *Abbotsford News* (7 août).
- Moran, L., et al. (2024). « [How do we understand the value of drug checking as a component of harm reduction services? A qualitative exploration of client and provider perspectives](#) », *Harm Reduction Journal*, vol. 21, no 1, p. 92.
- O'Brien, D., et R. Hudson-Breen (2023). « ["Grasping at straws." experiences of Canadian parents using involuntary stabilization for a youth's substance use](#) », *International Journal of Drug Policy*, vol. 117, p. 104055.
- Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) (2024). [Rapport mondial sur les drogues 2024](#).
- Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) (2015). [Rapport mondial sur les drogues 2015](#).
- Office of the Provincial Health Officer (2024). [Alternatives to Unregulated Drugs: Another Step in Saving Lives](#), Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique.
- Office of the Provincial Health Officer (2023). [A Review of Prescribed Safer Supply Programs across British Columbia: Recommendations for Future Action](#), Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique.
- Ontario Drug Policy Research Network (2023). [Safer Opioid Supply: A Rapid Review of the Evidence](#), Toronto, ODPRN.
- Pauly, B., et al. (2022). « A concept mapping study of service user design of safer supply as an alternative to the illicit drug market », *International Journal of Drug Policy*, vol. 110, p. 103849.
- Paun, C., et A. Hernandez-Morales (2024). « [Why Portland failed where Portugal succeeded in decriminalizing drugs](#) », *Politico* (28 mars).
- Perry, T. (2024). « [Motion to withdraw endorsement of safe injection site defeated](#) », *Daily Press* (20 mars).

- Pilarinos, A., et al. (2018). « [Secure care: more harm than good](#) », *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 190, no 41, p. E1219-E1220.
- Pindera, E. (2024). « [Indigenous leaders call for addictions help as violence escalates in remote First Nations](#) », *The Free Press* (18 août).
- Quon, A. (2024). « [Experts condemn Sask.'s move to stop providing pipes, limit needle exchanges](#) », CBC News.
- Rammohan, I., et al. (2024). « [Overdose mortality incidence and supervised consumption services in Toronto, Canada: an ecological study and spatial analysis](#) », *Lancet Public Health*, vol. 9, no 2, p. e79-e87.
- Rider, D. (2024). « [Reports ordered by Doug Ford government urge fixes, not shuttering of safe injection site](#) », *Toronto Star* (21 août).
- Rukavina, S. (2024). « [Distribution of free naloxone kits skyrockets in Quebec](#) », CBC News.
- Russell, C., et al. (2021). « [A qualitative examination of substance use service needs among people who use drugs \(PWUD\) with treatment and service experience in Ontario, Canada](#) », *BMC Public Health*, vol. 21, no 1, p. 1-14.
- Russoniello, K., et al. (2023). « [Decriminalization of drug possession in Oregon: analysis and early lessons](#) », *Drug Science, Policy and Law*.
- Salloum, A. (2024). « [Minister suggests old drug policy 'wasn't working' amid increase in HIV overdoses](#) », *Regina Leader Post*.
- Salmon, A.M., et al. (2010). « [The impact of a supervised injecting facility on ambulance call-outs in Sydney, Australia](#) », *Addiction*, vol. 105, no 4, p. 676-683.
- Saylor, K. (2024). « [SafePoint pause putting lives at risk, advocates say](#) », CBC News (3 janvier).
- Schmidt, R.A., et al. (2023). « ['I don't chase drugs as much anymore, and I'm not dead': client reported outcomes associated with safer opioid supply programs in Ontario, Canada](#) », *Drug and Alcohol Review*, vol. 42, no 7, p. 1825-1837.
- Schuckit, M.A. (2016). « [Treatment of opioid-use disorders](#) », *New England Journal of Medicine*, vol. 375, no 4, p. 357-368.
- Slade, H. (2021). « [Drug decriminalisation in Portugal: setting the record straight](#) », *Transform Drugs*.
- Slaunwhite, A., et al. (2024). « [Effect of Risk Mitigation Guidance opioid and stimulant dispensations on mortality and acute care visits during dual public health emergencies: retrospective cohort study](#) », *BMJ*, vol. 384.
- Smith, A. (2024). « [Alberta provides some data on patients using drug addiction treatment centres](#) », *Globe and Mail* (8 juillet).
- Socias, M.E., et al. (2021). « [The use of diverted pharmaceutical opioids is associated with reduced risk of fentanyl exposure among people using unregulated drugs in Vancouver, Canada](#) », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 228, p. 109109.
- Statistique Canada (2024). « [La santé de la population canadienne : Les comportements liés à la santé et consommation de substances.](#) »
- Sterritt, A. (2023). « [Toxic drugs killing First Nations residents in B.C. at nearly 6 times the rate of overall population: report](#) », CBC News (21 avril).
- Thomson, E. (2024). « [What's Wrong with Rehab?](#) », *Alberta Views* (1^{er} mars).
- Thunderbird Partnership Foundation. (2024). [What Justice Looks Like: Confronting Anti-Indigenous Racism and Building Safe and Comprehensive Mental Health & Addictions Systems for Indigenous Peoples.](#)
- Tobias, S., et al. (2024). « [Motivators of and barriers to drug checking engagement in British Columbia, Canada: findings from a cross-sectional study](#) », *International Journal on Drug Policy*, vol. 123, p. 104290.
- Toronto Public Health (2018). [Quick Facts: Harms Associated with Drug Laws.](#)
- Tran, P. (2024). « [Lack of public data raises questions about private addiction care in Alberta](#) », *Global News* (17 juillet).
- Transform Drug Policy Foundation (2021). [Decriminalisation in Portugal: Setting the Record Straight.](#)
- Tyndall, M., et Z. Dodd (2020). « [How structural violence, prohibition and stigma have paralyzed North American responses to opioid overdose](#) », *AMA Journal of Ethics*, vol. 22, no 1, p. E723-E728.
- U.S. Food & Drug Administration (2024). [Developing a Risk Prediction Engine for Relapse in Opioid Use Disorder](#) [site Web].
- Vancouver Coastal Health (2024). « [Drug checking](#) ».
- Virani, H.N., et R.J. Haines-Saah (2020). « [Drug decriminalization: a matter of justice and equity, not just health](#) », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 58, no 1, p. 161-164.
- Wallace, B., et al. (2021). « [The potential impacts of community drug checking within the overdose crisis: qualitative study exploring the perspective of prospective service users](#) », *BMC Public Health*, vol. 21, p. 1156.
- Wallace, K. (2024). « [Ontario is in the midst of a drug crisis. These seven charts tell us who's being hit hardest](#) », *Toronto Star* (1^{er} avril 2024).
- Weeks, C. (2024). « [Ontario overdose deaths reveal gap between health care system and addiction treatment, report finds](#) », *Globe and Mail*.
- Werb, D., et al. (2015). « [The effectiveness of compulsory drug treatment: a systematic review](#) », *International Journal of Drug Policy*, vol. 28, p. 1-9.
- Wilhelm, T. (2023). « [Deaths, overdoses, and desperation: here's how bad the opioid crisis is in Windsor-Essex](#) », *Windsor Star* (22 septembre).
- Windsor-Essex County Health Unit (s.d.). [Consumption and Treatment Services.](#)
- Wood, E., et al. (2006). « [Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime](#) », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 1, p. 1-4.
- Woodward, J. (2024). « [Toronto neighbourhoods with drug consumption sites saw many types of crime drop: data](#) », *CTV News* (28 août).
- Zavarise, I. (2024). « [B.C. quietly removes harm-reduction supplies from Fraser Health website](#) », *CTV News Vancouver* (23 août).



ASSOCIATION
CANADIENNE DE
SANTÉ PUBLIQUE

La voix de la santé publique

Porte-parole national indépendant et
défenseur fidèle de la santé publique,
l'Association canadienne de santé publique
parle au nom des individus et des populations
avec tous les ordres de gouvernement.

Pour plus de renseignements, veuillez contacter :

Association canadienne de santé publique

1525, avenue Carling, bureau 404, Ottawa (Ontario) K1Z 8R9

Tél. : 613-725-3769 | info@cpha.ca

www.cpha.ca